



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



52.º CONSEJO DIRECTIVO 65.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013

Punto 7.4 del orden del día provisional

CD52/INF/4 (Esp.)
19 de agosto del 2013
ORIGINAL: ESPAÑOL

I. SITUACIÓN DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

Introducción

1. Este documento fue elaborado en respuesta al mandato de los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de realizar evaluaciones y exámenes periódicos de los Centros Panamericanos.

Antecedentes

2. Los Centros Panamericanos han sido una modalidad importante de cooperación técnica de la OPS durante casi 60 años. En ese período, la OPS ha creado o administrado 13 centros,¹ ha suprimido nueve y ha transferido la administración de uno de ellos a sus propios órganos directivos. Este documento presenta información actualizada sobre el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA); el Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME); el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR); y los dos centros subregionales, el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) y el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI), que fueron transferidos a finales del 2012 a la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA).

Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA)

3. En vista de la convergencia entre la salud humana y la sanidad animal, hay una necesidad cada vez mayor de que la OPS ejerza el liderazgo en la esfera de las zoonosis, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria. La articulación entre la salud, la agricultura y el medio ambiente constituyó el tema central de la 16.ª Reunión

¹ CLATES, ECO, PASCAP, CEPANZO, INPPAZ. INCAP, CEPIS, Programa regional de bioética en Chile, CAREC, CFNI, CLAP, PANAFTOSA y BIREME

Interamericana, a Nivel Ministerial, en Salud y Agricultura (RIMSA 16): *Agricultura-Salud-Medio Ambiente: sumando esfuerzos para el bienestar de los pueblos de las Américas* que se celebró en Santiago (Chile) los días 26 y 27 de julio del 2012, bajo la coordinación de PANAFTOSA. Antes de la RIMSA 16 se celebraron tres eventos técnicos: la 12.^a Reunión del Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa en las Américas (COHEFA 12); la 6.^a Reunión de la Comisión Panamericana de Inocuidad de los Alimentos (COPAIA 6); y el Foro Interagencial “Hacia una vigilancia epidemiológica integrada”. La RIMSA 16 y los tres eventos técnicos mencionados anteriormente, contaron con la contribución técnica y financiera del Gobierno de Chile, por conducto de los ministerios de salud y de agricultura. El informe final de la RIMSA 16, que culminó con el Consenso de Santiago, será presentado al Consejo Directivo por separado. Los informes finales de los eventos técnicos llevados a cabo antes de la RIMSA 16 y el Consenso de Santiago de Chile están disponibles en la página electrónica de PANAFTOSA.²

Avances recientes

4. En el marco del proyecto de desarrollo institucional para PANAFTOSA iniciado en el 2010, las contribuciones financieras de los sectores interesados en la erradicación de la fiebre aftosa en Sudamérica están apoyando la cooperación técnica del Centro relacionada con la coordinación regional del Plan de Acción 2011-2020 del Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA). En consecuencia, se ha logrado canalizar una proporción importante de los recursos financieros regulares del Centro hacia la cooperación técnica en las áreas de zoonosis e inocuidad de los alimentos. La generosa contribución del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, continúa cubriendo íntegramente los costos de mantenimiento del Centro.

5. A finales del 2012, la OPS, por conducto de PANAFTOSA, y la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud del Brasil suscribieron un Término Aditivo al Acuerdo de Cooperación Técnica a fin de contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y la capacidad de gestión del Sistema Único de Salud del Brasil para reducir la carga sobre la población humana de las zoonosis, las enfermedades vectoriales, y las de origen hídrico y alimentario. El Acuerdo y su *Termino Aditivo* también prevén actividades de gestión del conocimiento y de cooperación Sur-Sur, y se suman a la prolongada y valiosa colaboración de 62 años con el Ministerio de Agricultura, Ganadería y Abastecimiento del Brasil, con lo cual se pone de relieve la importante función de PANAFTOSA como centro de cooperación técnica intersectorial entre la salud animal y la salud pública.

6. A principios de este año se suscribió un nuevo Acuerdo de Cooperación Técnica con el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) para el control de la fiebre aftosa

² <http://ww2.panaftosa.org.br/rimsa16/>

en las zonas fronterizas de los países andinos. Además, se están negociando acuerdos de cooperación técnica con organizaciones públicas de otros Estados Miembros, que abarcan actividades en todos los ámbitos de acción de PANAFTOSA: zoonosis, inocuidad de alimentos, y fiebre aftosa.

7. En el marco del plan de acción para la eliminación de la rabia humana transmitida por el perro, que define las acciones en la última etapa de la eliminación a alcanzarse en el 2015, se están fortaleciendo los laboratorios de diagnóstico mediante la capacitación de profesionales y la revisión de los planes nacionales de eliminación en países prioritarios a través de misiones de evaluación. Se brindó cooperación técnica para un brote de rabia silvestre en Ecuador, por medio de la capacitación de profesionales de campo y laboratorio. Se está brindando apoyo, entre otros, a los laboratorios de Centro América y Colombia para el diagnóstico de la encefalitis equina; en Panamá se ha proporcionado capacitación a profesionales de la salud animal y salud pública para la vigilancia integrada de la fiebre amarilla en primates y vectores; y en Perú se colaboró en la elaboración del plan nacional intersectorial de vigilancia, prevención y control de la equinococosis/hidatidosis.

8. Se han fortalecido los programas de los países en materia de inocuidad de los alimentos a través de la cooperación técnica directa y la organización de talleres presenciales de carácter intersectorial y en colaboración con otras organizaciones internacionales y regionales. Entre otros, se destacan talleres acerca de los siguientes temas: inocuidad de los alimentos en situaciones de emergencia y respuesta a los brotes; vigilancia integrada de enfermedades transmitidas por alimentos; vigilancia integrada de los agentes antimicrobianos en la cadena de producción primaria animal, y análisis de riesgos y modernización de los servicios de control de alimentos. Se organizó un taller sobre gestión de riesgos en el marco de la reunión regional del Codex Alimentarius con participantes de todos los países de la Región. Se organizaron seis seminarios virtuales interactivos con más de 1.500 participantes acerca de la gestión de la calidad de los laboratorios de la Red Interamericana de Análisis de los Alimentos (RILAA).

9. Desde enero del 2012 no se han registrado casos de fiebre aftosa en los países de América del Sur. Las subregiones de América del Norte, Centroamérica y el Caribe están libres de la enfermedad. En el marco del Plan de Acción 2011-2020 del PHEFA, se brindó cooperación técnica y capacitación en el área de vigilancia, laboratorio y gestión de programas a Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Se prestó cooperación técnica a Paraguay en respuesta a los focos del 2011 y 2012, para la elaboración y coordinación de un estudio nacional de circulación del virus de la fiebre aftosa. Se prestó también cooperación técnica a Bolivia para la elaboración y coordinación de un estudio nacional de circulación del virus basado en la experiencia de Paraguay.

10. En el 2012, Panamá fue aceptado como miembro de pleno derecho de la Comisión Sudamericana para la Lucha contra la Fiebre Aftosa (COSALFA), cuya 40.^a reunión ordinaria se llevó a cabo en dicho país en abril del 2013.

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

11. BIREME es un centro especializado de la OPS fundado en 1967 a fin de canalizar la cooperación técnica que presta la Organización a los países de la Región en cuanto a la información científica y técnica en materia de salud. El 1 de enero del 2010 entró en vigencia el nuevo Estatuto de BIREME y el 31 de agosto del mismo año se estableció el Comité Asesor de BIREME. Los miembros del Comité Asesor han celebrado tres sesiones de trabajo desde su establecimiento.

12. La 28.^a Conferencia Sanitaria Panamericana eligió a Cuba, Ecuador y Puerto Rico para integrar el Comité Asesor de BIREME por un mandato de tres años, en reemplazo de Argentina, Chile y la República Dominicana, cuyos mandatos llegaron a su fin en el 2012.

13. La institucionalidad de BIREME se caracteriza actualmente por la coexistencia del marco institucional previo y del nuevo, dado que el Estatuto del Centro entró en vigencia el 1 de enero del 2010, y el Convenio de mantenimiento y desarrollo del Centro permanecerá vigente hasta el 31 de diciembre del 2013. Asimismo, las estructuras de gobernanza de BIREME actualmente incluyen al Comité Asesor y al Comité Científico (marco nuevo), y al Comité Asesor Nacional (marco previo).

Avances recientes

14. La cuarta reunión del Comité Asesor de BIREME se celebrará a finales del 2013, en las instalaciones de BIREME. Su tercera reunión se llevó a cabo el 5 de diciembre del 2012. Los miembros del Comité Asesor reafirmaron su apoyo continuo al desarrollo institucional del Centro, lo que abarca la ejecución del nuevo marco institucional, el establecimiento y firma del Acuerdo de Sede y el financiamiento de sus planes de trabajo, además de la integración del Comité Científico, la organización del IX Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS9), y la celebración de la VI Reunión de Coordinación Regional de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS6) en Washington, D.C., del 20 al 24 de octubre del 2012. En su tercera reunión, el Comité Asesor de BIREME aprobó el nombramiento de los miembros del Comité Científico, de acuerdo a los criterios definidos por la OPS. Los especialistas provienen de cinco países: Brasil, Canadá, Estados Unidos, Honduras y Trinidad y Tabago.

15. En el contexto de las líneas de acción para poner en práctica el nuevo marco institucional de BIREME, cabe destacar los siguientes aspectos:

- a) Acuerdo de Sede para BIREME: la OPS y el Ministerio de Salud del Brasil elaboraron un convenio de sede, que fue encaminado para su aprobación el 6 de agosto del 2010. Luego de una serie de negociaciones que tuvieron lugar durante el año 2012, el 4 de octubre del mismo año la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud del Brasil, a través de la Representación de la OPS en Brasil, presentó una nueva versión del *Acordo entre a República Federativa do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde sobre a instalação da sede do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde* propuesta por el Gobierno de Brasil. Esta nueva versión fue revisada en la sede de la OPS y remitida al Ministerio de Salud del Brasil con observaciones, debido a que presentaba cambios sustanciales con respecto a la propuesta anterior, en especial en lo referente a los privilegios e inmunidades que deben reconocerse a la OPS. El documento continúa siendo analizado por la *Consultoria Jurídica (CONJUR)* del Ministerio de Salud de Brasil.
- b) Acuerdo de instalaciones y funcionamiento de BIREME en el Campus de la Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP): se celebraron varias reuniones con las autoridades de la Universidad, que versaron sobre la relación institucional de BIREME con la UNIFESP y los términos del Acuerdo. La subscripción del mismo continúa supeditada a que se suscriba el Acuerdo de Sede con el Gobierno del Brasil, citado en el párrafo anterior.
- c) Definición del mecanismo de financiamiento para BIREME a partir de las contribuciones de la OPS y del Gobierno del Brasil, estipulado en el artículo 6 del Estatuto: los aportes regulares se definirán de común acuerdo para respaldar los planes de trabajo bienales aprobados, de conformidad con lo establecido en el Estatuto. En la primera reunión del Comité Asesor Nacional (CAN) del 2013 sobre el Convenio de Mantenimiento y Desarrollo de BIREME, realizada el 2 de julio, fueron presentados los resultados alcanzados por el Centro en los últimos 18 meses. El informe respectivo fue aprobado por los representantes del Ministerio de Salud de Brasil, *Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP)* y *Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)*. Se estima que la contribución del Ministerio para el mantenimiento y financiamiento del plan de trabajo de BIREME durante el año 2013 será por el mismo monto que en el 2012, o sea, \$3,8 millones de reales (aproximadamente US\$ 1,7 millones). Esta suma será transferida a la OPS a través del *Termo Aditivo No. 24* al Convenio de mantenimiento y desarrollo de BIREME, que está en proceso de negociación a la fecha de publicación de este documento.
- d) Establecimiento del Comité Científico en coordinación con el Comité Asesor de BIREME. La sesión para la instalación del Comité Científico de BIREME se celebró el 25 de julio del 2013, en la ciudad de São Paulo, Brasil, con la presencia de los miembros de Brasil, Honduras y Trinidad y Tabago; los miembros de Canadá y los Estados Unidos de América participaron por vía remota. El informe de la reunión está en proceso de elaboración y será sometido a la consideración y

aprobación de todos los miembros del Comité Asesor próximamente. El proceso de presentación de candidaturas para elegir a los miembros de Comité Científico se llevó a cabo en el primer semestre del 2012. Se recibieron propuestas de parte de trece Estados Miembros de la OPS y se presentaron las candidaturas al Comité Asesor durante su tercera sesión, cuando se nombraron los miembros del Comité Científico de conformidad con los Términos de referencia del Comité.

16. El plan bienal de trabajo (2012-2013) de BIREME bajo la forma de subentidad del Departamento de Gestión del Conocimiento y Comunicaciones de la OPS, se elaboró de forma integrada con el Departamento, con el que se continúa coordinando su perfeccionamiento y articulación.

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)

17. El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) fue creado en 1970, mediante un acuerdo entre el Gobierno de la República Oriental del Uruguay, la Universidad de la República del Uruguay y la OPS, que se renueva periódicamente y cuya última prórroga está vigente hasta el 28 de febrero del 2016. El objetivo general del CLAP es promover, fortalecer y mejorar las capacidades de los países de la Región de las Américas en materia de atención de salud para la mujer, la madre y el recién nacido.

Avances recientes

18. A solicitud de la Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana, durante los meses de marzo y abril del 2013 se llevó a cabo una misión al CLAP/SMR con el objeto de analizar sus enfoques programáticos, su programa regional de trabajo, su capacidad de respuesta a las solicitudes de los países, los aspectos gerenciales y de coordinación, y los recursos humanos y financieros disponibles. Luego de analizar los resultados y recomendaciones de la misión, se decidió que el CLAP/SMR continuará funcionando como un “Centro/Unidad descentralizada”. En el marco del nuevo Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, el CLAP/SMR dará prioridad a las intervenciones relacionadas con la salud materna, neonatal y reproductiva en función de las diferentes realidades epidemiológicas y operativas de la Región. En este contexto programático, CLAP/SMR focalizará sus acciones en los componentes de formación de recursos humanos, calidad de la atención, sistemas de información, formulación de políticas y legislación relacionados con los siguientes planes aprobados por los cuerpos directivos: *i)* Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño; *ii)* Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave; y *iii)* Estrategia y plan de acción para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita. Asimismo, continuarán los esfuerzos para que el CLAP/SMR y

la Oficina de representación OPS/OMS de Uruguay puedan compartir en forma progresiva recursos humanos para su gestión administrativa y espacios físicos comunes.

19. Se elaboró la Línea de base del Plan de aceleración de la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave; se desarrolló un formulario complementario de la Historia Clínica Perinatal del SIP (Sistema Informático Perinatal) para el registro de los eventos de morbilidad materna extremadamente graves, en conjunto con la OMS y expertos de la Región; finalizó la ejecución del proyecto de cooperación técnica entre países en Centroamérica (El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá) y se elaboró una nueva propuesta con los mismos propósitos e incorporando a Belice, Costa Rica, República Dominicana, en el marco de la estrategia de Eliminación de la Transmisión Vertical de la Sífilis Materna y el VIH, se realizó la validación de la herramienta de certificación y su prueba sobre el terreno para la certificación de Chile como país que ha logrado la meta de eliminación de la sífilis congénita en el marco de la estrategia de Eliminación de la Transmisión Vertical de la Sífilis Materna y el VIH; CLAP/SMR asumió la responsabilidad de implementación del componente neonatal y se procedió a la evaluación de medio término del Plan Regional de Salud del recién nacido; CLAP/SMR fue aceptado como miembro del comité ejecutivo del Foro LAC que se dedica a la temática de planificación familiar; se ha impulsado la formación de docentes de partería a través de la “Caribbean Regional Midwives Association” ante la necesidad de fortalecer la partería en la Región.

20. Se sigue buscando un local para instalar las oficinas del CLAP y de la Representación de la OPS en Uruguay. Durante el 2011 y 2012 se visitaron varias propiedades privadas que no cumplían con los requisitos necesarios, y una gubernamental perteneciente a la Facultad de Veterinaria. Esta última fue descartada pues no se encontrará disponible hasta dentro de dos años y las demás propiedades no cumplían con los parámetros físicos y económicos requeridos. Recientemente se han establecido nuevas negociaciones con la Universidad de la República sobre la posibilidad de cesión de un área exclusiva en el Instituto de Higiene de la Facultad de Medicina. Esta opción volverá a ser considerada en el primer semestre del 2014, cuando las instalaciones correspondientes estén desocupadas.

Centros subregionales (CAREC y CFNI)

21. El 31 de diciembre del 2012 se hizo efectiva la transición del CAREC y el CFNI al Organismo de Salud Pública del Caribe (CARPHA), de conformidad con lo establecido en el Acuerdo entre la OPS y CARPHA para la transferencia de CAREC y CFNI al CARPHA. Anteriormente, el 13 de diciembre, se celebró una ceremonia especial de clausura del CAREC y el CFNI con la participación de funcionarios del Ministerio de Salud de Trinidad y Tabago, CARICOM, el Director Interino del CARPHA y funcionarios de la OPS. El Documento de Transferencia fue suscrito por el Director Interino del CARPHA y el Jefe de Administración de la Oficina Sanitaria Panamericana

en la misma fecha. Como consecuencia de lo anterior, ya no se incluirá información sobre el CAREC o el CFNI en el contexto de las evaluaciones de los Centros Panamericanos.

Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC)

22. Durante el 2012, el CAREC se concentró en mantener sus servicios habituales, mientras se preparaba para la transición. Para ello, la OPS constituyó un grupo de trabajo a cargo de poner en práctica un plan con respecto a los productos y servicios técnicos, administrativos y de laboratorio que se trasladarían a CARPHA. Asimismo, se han conformado varios subcomités para apoyar la transición en las áreas de información, finanzas y recursos humanos.

23. Al mismo tiempo, CAREC colaboró activamente con el Comité Ejecutivo de CARPHA en la aprobación de su organigrama, políticas, procedimientos y procesos, incluido el Reglamento del Personal. Asimismo, apoyó la contratación de funcionarios para puestos claves como el primer Director de CARPHA, el Director de Servicios Institucionales y el Director de Vigilancia e Investigación.

24. Las otras misiones al CAREC programadas para el cuarto trimestre del 2012 se llevaron a cabo de acuerdo con el plan de transición. Esto permitió que la transición tuviera lugar de manera eficiente y ordenada sin que ocurrieran interrupciones en el servicio que presta el CAREC a sus Estados Miembros.

Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)

25. El CFNI mantuvo el apoyo técnico a los países miembros durante el 2012, al mismo tiempo que trabajaba con CARICOM en los diversos temas y procesos necesarios para una transición eficiente y ordenada a CARPHA. Conforme se indicó en párrafos anteriores, la transición del CFNI a CARPHA tuvo lugar el 31 de diciembre del 2012.

26. La OPS seguirá ofreciendo cooperación técnica a los Estados Miembros de acuerdo con sus mandatos y compromisos regionales y subregionales, pero algunas funciones de cooperación serán transferidas a otras entidades de la Región, como por ejemplo universidades, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y centros colaboradores. A ese efecto la OPS promoverá la consolidación de alianzas y redes.

27. Los documentos técnicos del CFNI fueron transferidos a la biblioteca de la Universidad de las Indias Occidentales (UWI) y digitalizados para mantenerlos al alcance de los países.

28. La oficina de la Representación de la OPS en Jamaica fue trasladada al edificio del CFNI en el campus de la UWI.

Intervención del Consejo Directivo

29. Se pide al Consejo Directivo que tome nota del presente informe de progreso y formule las recomendaciones adicionales que considere pertinentes.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud/Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Programa Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa (PHEFA): Plan de Acción 2011-2020. PANAFTOSA; Río de Janeiro (Brasil): OPS; 2011 [consultado el 9 de marzo del 2012]. Disponible en:
<http://bvs1.panaftosa.org.br/local/File/textoc/PHEFA-PlanAccion-2011-2020esp.pdf%20>.

- - -