



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



36.^a SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25 al 27 de marzo de 2002

Punto 12 del orden del día provisional

SPP36/11 (Esp.)

19 febrero 2002

ORIGINAL: INGLÉS

LOS CENTROS PANAMERICANOS

El Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha solicitado al Subcomité de Planificación y Programación que examine la cuestión general de los centros panamericanos. En el presente examen y análisis se exponen los antecedentes y la situación actual de esta modalidad especial de cooperación técnica de la OPS, que se remonta a 1949.

En el informe se analiza la función que los centros han desempeñado en la cooperación técnica, se presenta a la clasificación de los centros y se exponen brevemente las tendencias históricas y financieras de estas unidades de la OPS. Los temas que pueden incidir sobre el futuro de los centros se resumen en la sección final.

Se presenta este informe al Subcomité de Planificación y Programación para su examen y debate.

CONTENIDO

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| 1. Introducción | 3 |
| 1.1 Los centros colaboradores de la OPS/OMS | 3 |
| 2. La función de los centros panamericanos en la cooperación técnica de la OPS | 4 |
| 3. Clasificación de los centros panamericanos | 6 |
| 4. Resumen histórico..... | 7 |
| 4.1 Cronología de los centros panamericanos | 8 |
| 4.2 Los años ochenta y noventa..... | 14 |
| 4.3 El legado de gestión de los centros panamericanos..... | 15 |
| 5. Financiamiento..... | 15 |
| 6. El futuro de los centros panamericanos | 17 |
| 6.1 La flexibilidad de la OPS y los centros panamericanos | 19 |
| 6.2 Evaluación de los programas de cada centro..... | 21 |
| 6.3 Evolución de los centros panamericanos..... | 21 |
| 7. Conclusiones..... | 22 |
| Anexo | |

1. Introducción

Los centros panamericanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han sido una modalidad de cooperación técnica llamativa y casi única de la Organización, ya que la primera asociación con esta sucedió en 1949. Individualmente o en su conjunto, han sido tema de estudio y debate en la Oficina y en los Cuerpos Directivos durante varios decenios.

Actualmente, hay un interés renovado por definir y enunciar la contribución de esta modalidad particular de cooperación al realce de la función de la OPS en la comunidad panamericana. Los Cuerpos Directivos de la Organización han solicitado que la Oficina examine el papel y la función de estos centros.

La OPS tiene actualmente ocho centros panamericanos en siete países. La función de los centros de prestar cooperación técnica se considera un componente esencial del enfoque integral de la OPS, que combina la formulación de planes y políticas, la difusión de información, el adiestramiento, la investigación y la cooperación técnica directa con los Estados Miembros.

Cada centro tiene un origen, una historia y una función particulares. También tiene una relación diferente con el país anfitrión, con los países de una subregión dada y con la Región de las Américas en su totalidad. Los centros panamericanos de la OPS, por sus instalaciones y recursos, así como por sus objetivos y las características de su personal, constituyen una particularidad que distingue a la Organización de otros organismos internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus Oficinas Regionales. En más de cinco decenios, los centros han desarrollado, en áreas específicas, una capacidad científica y tecnológica más amplia y profunda que las divisiones y programas de la Sede, y han llegado a ser importantes contribuyentes a la cooperación técnica de la OPS.

1.1 *Los centros colaboradores de la OPS/OMS*

Es importante distinguir los centros panamericanos de la OPS de los centros colaboradores de la OPS/OMS. Los centros colaboradores se remontan a los días de la Sociedad de Naciones, en cuyo momento ciertos laboratorios nacionales se designaron como centros de referencia para la normalización de productos biológicos. En 1947, mientras la OPS estaba reorganizándose y la OMS comenzaba a establecer sus propias operaciones (todavía no se había ratificado la Constitución de la OMS), el Centro Mundial de la Influenza, en Londres, fue declarado centro colaborador de la OMS. En 1949, la 2.^a Asamblea Mundial de la Salud adoptó una política según la cual la OMS no debe considerar que el establecimiento está “bajo su propio auspicio, como institución internacional de investigación”, y consideró que “como mejor progresa la investigación

en el campo de la salud es ayudando, coordinando y utilizando las actividades de las instituciones existentes”.

En la OPS, sin embargo, la situación evolucionó de modo distinto. Desde finales de los años cuarenta hasta mediados de los setenta, varios factores en la Región de las Américas condujeron a la OPS a considerar los centros panamericanos como una modalidad operativa de cooperación técnica. Entre estos factores figuraban: a) la disponibilidad de recursos humanos capacitados en los campos de la salud pública, la salud ambiental y la salud pública veterinaria en América Latina y el Caribe; b) una relativa falta de instituciones sólidas de investigación, adiestramiento y cooperación técnica en los mismos campos; y c) un alto grado de interés y apoyo político de los Estados Miembros de la OPS a la creación de estas instituciones especializadas. Los sucesivos Directores de la Oficina aceptaron el reto y empezaron a vincular la Organización con iniciativas directas de establecimiento de instituciones, de investigación y de desarrollo, como parte integrante del programa general de cooperación técnica de la OPS. Por ello, a partir de 1949, la Organización empezó a adoptar el enfoque de centros panamericanos en todo el continente americano.

2. La función de los centros panamericanos en la cooperación técnica de la OPS

En términos generales, los centros panamericanos de la OPS han introducido dos enfoques innovadores, o modalidades, en la larga historia de cooperación técnica de la OPS. En primer lugar, al crear algunos centros, o al aceptar la responsabilidad técnica, de gestión y administrativa de otros, la OPS decidió concentrar recursos financieros superiores a la media en ámbitos específicos, corriendo en algunos casos un gran riesgo al liderar programas ambiciosos en campos nuevos o experimentales. El centro panamericano se convirtió en un agente catalítico, que reunía fondos internacionales de la OPS y apoyo extrapresupuestario bilateral y multilateral de donantes tradicionales y de los propios países en desarrollo.

En segundo lugar, al fortalecer las actividades de investigación, desarrollo y adiestramiento en los centros panamericanos, fue posible, en muchos casos, reforzar la capacidad científica y tecnológica local. Gracias al trabajo de los centros, la OPS buscó localmente conocimientos, soluciones y redes en los países en desarrollo, siendo el país anfitrión correspondiente el trampolín. Estas soluciones se basaron en gran parte en los métodos más adecuados para los países en desarrollo, como paso previo a la adaptación de tecnologías extranjeras, introduciendo así el concepto de “proyectos de pretransferencia” para fomentar la búsqueda de soluciones tecnológicas más apropiadas.

Además, los centros introdujeron y aprovecharon otros enfoques que en los años cincuenta, sesenta y setenta eran muy innovadores, haciendo que la Organización sobresaliera entre otros organismos internacionales. Algunos de estos enfoques eran:

- La utilización de personal nacional, tanto profesional como de apoyo.
- El fomento de establecimientos de investigación y formación en los países en desarrollo.
- El desarrollo de una capacidad competitiva, según las normas de los países desarrollados, reforzando así el sentido de autosuficiencia en los países en desarrollo.
- La creación de una infraestructura para la formación de una red de información científica en el campo de la salud pública, y de laboratorios de referencia regionales.

Gracias a todo ello, la formulación de políticas, la movilización de recursos, el adiestramiento, la investigación, la difusión de información y el asesoramiento se convirtieron en las maneras principales en que los centros panamericanos cooperaban con los gobiernos. La visibilidad de estas unidades de la OPS se convirtió en un factor importante, en la mayoría de los casos, para atraer considerables cantidades de recursos financieros extrapresupuestarios, en particular en forma de subvenciones. El adiestramiento constituyó una función central para los centros, en particular en sus primeras décadas de operación. De igual manera, las actividades de investigación y la elaboración de nuevos productos, servicios y procedimientos se convirtieron en características por las que los centros adquirieron una identidad única dentro de la OPS y, por ende, permitieron que esta se singularizara entre las organizaciones internacionales. En último término, la difusión de información –de siempre, una función clave de los centros– adquirió aún más importancia en términos relativos y en cuanto a volumen, en comparación con otros enfoques, al haberse desarrollado la tecnología de la información a pasos agigantados durante los dos últimos decenios.

Los centros también se convirtieron en la única fuente de cooperación técnica para toda la Organización en ciertos campos. De la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud (BIREME), al desarrollo de la vacuna con adyuvante oleoso contra la fiebre aftosa en el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA), pasando por la elaboración de productos alimenticios nutricionales especiales en el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), los centros fueron abriéndose sus parcelas específicas de cooperación técnica. Cualquier esfuerzo centrado sólo en la sede de la OPS y en las representaciones de la OPS/OMS en los Estados Miembros hubiera tenido dificultades en producir tales resultados.

La presencia física de la OPS en la mayoría de los Estados Miembros en todo el continente, junto con su investigación, adiestramiento y sus centros de cooperación técnica, ha contribuido a hacer de la OPS una organización única, por su historia y su función en América.

3. Clasificación de los centros panamericanos

Los centros panamericanos se agrupan en dos categorías: regionales y subregionales.

Los centros regionales son:

- CEPIS: Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente;
- PANAFTOSA: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa;
- BIREME: Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud;
- CLAP: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; e
- INPPAZ: Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis.

Los centros subregionales son:

- INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (el más antiguo de la OPS);
- CFNI: Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe; y
- CAREC: Centro de Epidemiología del Caribe.

En el caso de los tres centros subregionales, a la OPS le pidieron esencialmente las asociaciones subregionales de los Estados Miembros y territorios que administrara una institución en su nombre. La OPS aporta recursos humanos y financieros a los centros; y los Estados y territorios de cada centro contribuyen a su mantenimiento financiero mediante el pago de cuotas. Los gobiernos anfitriones contribuyen con dinero en efectivo y poniendo establecimientos a disposición de los centros. Una parte importante de los ingresos de cada centro la constituyen los fondos extrapresupuestarios y, cada vez más, la venta de productos y servicios técnicos. Los centros subregionales tienen sus propios cuerpos directivos, que se reúnen anualmente y asesoran al Director de la Oficina en asuntos de política. Estos centros subregionales también tienen comités consultivos técnicos que informan a los respectivos directores de centro. Algunos de los empleados de estos centros son funcionarios de la OPS (en el caso de INCAP, sólo uno) y el resto

son contratados bajo diversas modalidades. No obstante, todos los empleados se encuentran bajo la autoridad de gestión del director de centro, funcionario público internacional de la OPS dependiente de un director de división técnica de la Sede, quien, a su vez, depende del Director.

Los centros panamericanos regionales tienen una relación orgánica más directamente integrada con la Oficina. Aunque también existen múltiples acuerdos contractuales en estos centros, una proporción mayor de empleados suele tener contratos de funcionario público internacional.

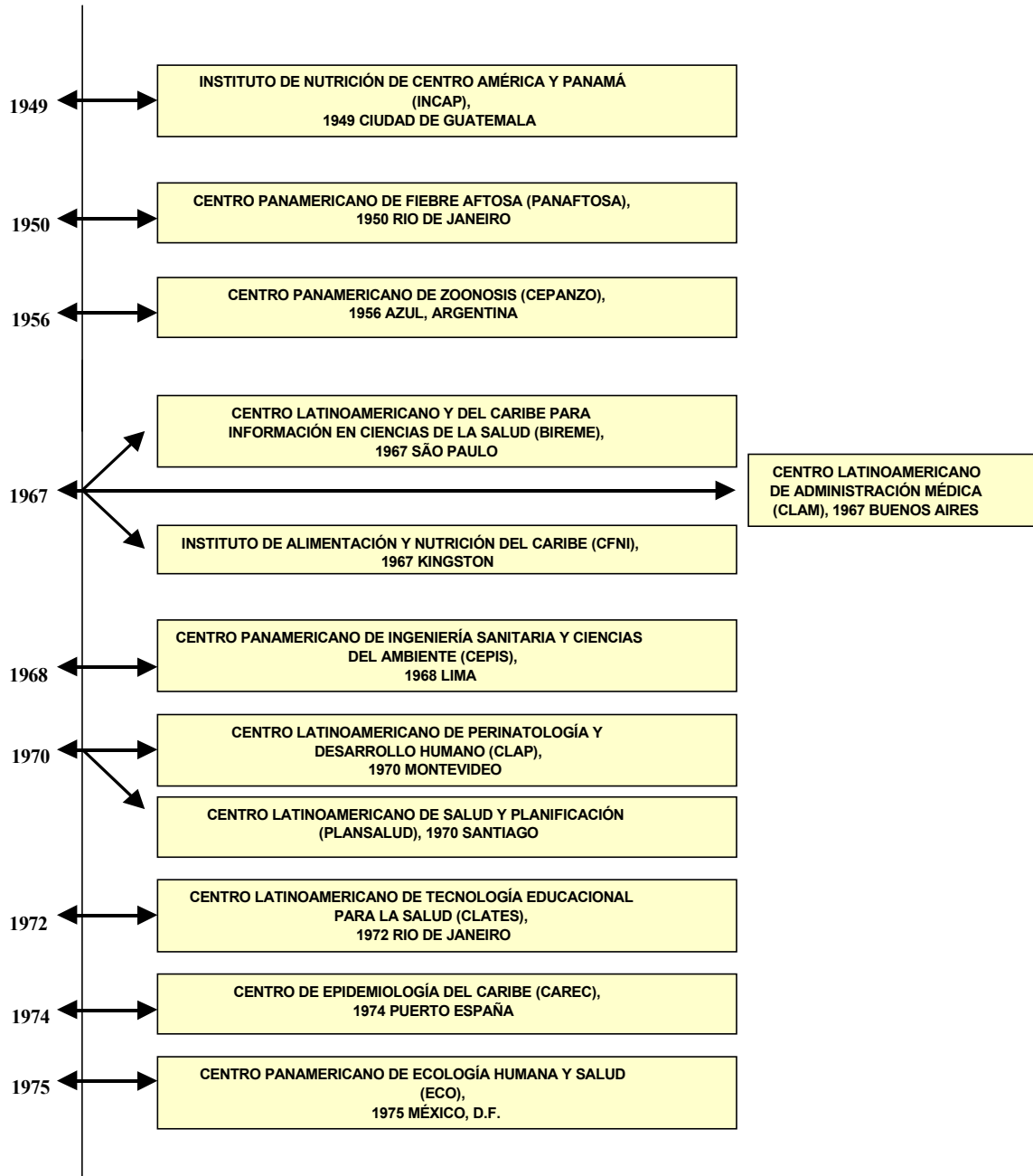
La mayoría de los centros regionales también tienen comités consultivos técnicos, asesores o científicos, pero se reúnen más irregularmente. Existen otros acuerdos o foros de la OPS que estudian el programa de algunos centros, como la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA). También existen organismos propios del país que se ocupan exclusivamente de la cooperación del centro con el país anfitrión. Los centros regionales reflejan más directamente las normas continentales de política de los Cuerpos Directivos de la OPS (Consejo Directivo, Conferencia Sanitaria Panamericana), pero sus propios organismos asesores también pueden tener un peso significativo.

El peso relativo del financiamiento extrapresupuestario parece ser menos significativo en el caso de los centros regionales, que, no obstante, están muy activos en la búsqueda de fondos de donantes internacionales. También tienden a recibir contribuciones considerables, en efectivo o en especie, del gobierno anfitrión y sus instituciones.

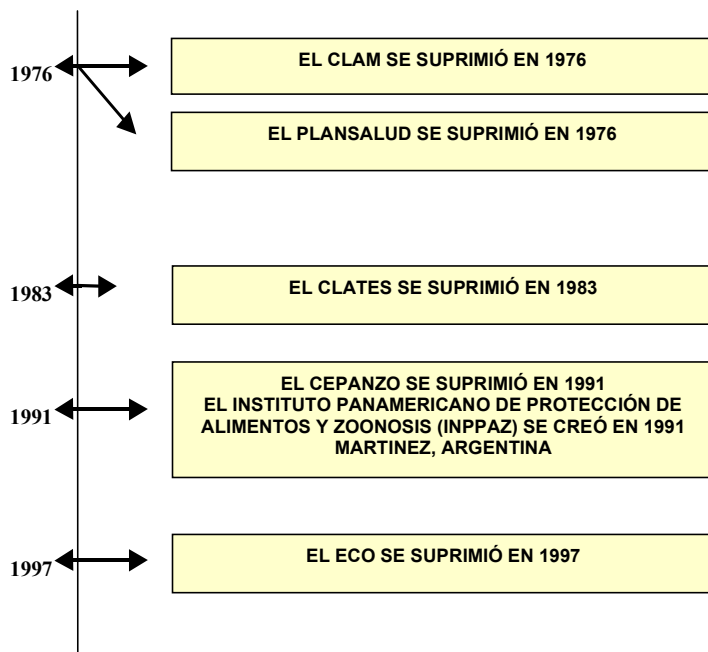
4. Resumen histórico

Una descripción detallada de los centros panamericanos es una tarea monumental, dado, en algunos casos, sus más de cincuenta años de historia, la evolución y las características de cada centro y la naturaleza compleja de las cuestiones que rodean a la mayoría de los centros. Para describir cada centro, se presentan una cronología y una breve descripción.

4.1 *Cronología de los centros panamericanos*



Cronología de los centros panamericanos (cont.)



Cada centro se creó mediante diferentes acciones de los gobiernos, la OPS y/o la Oficina. Algunos centros ya funcionaban como establecimiento nacional al incorporarse a la Oficina. Por consiguiente, cabe hacer diferentes interpretaciones en cuanto a la fecha real de creación o de comienzo de la operación como centro de la OPS

Centros subregionales

INCAP

Nombre: INCAP: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

Ubicación: Guatemala

Fecha de creación: 1949

Dependencia administrativa: División de Promoción y Protección de la Salud

Ámbito de trabajo: nutrición y salud pública

Cuerpo directivo: Consejo del INCAP (los Ministros de Salud de los Estados Miembros de INCAP y el Director de la Oficina)

Organismo asesor: Consejo asesor (directores generales de salud o representantes designados por los ministros de salud)

CFNI

Nombre: Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe
Ubicación: Jamaica
Fecha de creación: 1967
Dependencia administrativa: División de Promoción y Protección de la Salud
Ámbito de trabajo: nutrición y salud pública
Cuerpo directivo: Comité Consultivo de Políticas (representantes de los ministerios de salud y de agricultura y ganadería)
Organismo asesor: Comité Consultivo Científico (representantes de los gobiernos, la Comunidad del Caribe [CARICOM], la Universidad de las Indias Occidentales, la Universidad de Guyana y la OPS)

CAREC

Nombre: Centro de Epidemiología del Caribe
Ubicación: Trinidad y Tabago
Fecha de creación: 1974
Dependencia administrativa: División de Prevención y Control de Enfermedades
Ámbito de trabajo: cooperación técnica en epidemiología y tecnologías de laboratorio
Cuerpo directivo: Consejo del CAREC (representantes de los ministerios de salud, CARICOM, Universidad de las Indias Occidentales y otras instituciones académicas del Caribe, OPS y organismos externos)
Organismo asesor: Comité Consultivo Científico

Centros regionales

PANAFTOSA

Nombre: Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
Ubicación: Brasil
Fecha de creación: 1950
Dependencia administrativa: División de Prevención y Control de Enfermedades
Ámbito de trabajo: salud pública veterinaria, en particular la fiebre aftosa; zoonosis
Organismos asesores: COHEFA (Comité Hemisférico para la Erradicación de la Fiebre Aftosa), COSALFA (Comisión Sudamericana de Lucha contra la Fiebre Aftosa) y RIMSA

BIREME

Nombre: Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud
Ubicación: Brasil
Fecha de creación: 1967
Dependencia administrativa: División de Salud y Desarrollo Humano
Ámbito de trabajo: información en ciencias de la salud, en particular la Biblioteca Virtual en Salud
Organismo asesor: Comité Nacional Interinstitucional (representantes de los ministerios federales de salud y de educación, Gobierno del Estado de São Paulo, Universidad Federal de São Paulo y OPS)

CEPIS

Nombre: Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente
Ubicación: Perú
Fecha de creación: 1968
Dependencia administrativa: División de Salud y Ambiente
Ámbito de trabajo: agua, saneamiento, eliminación de residuos sólidos, epidemiología ambiental y toxicología

CLAP

Nombre: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
Ubicación: Uruguay
Fecha de creación: 1970
Dependencia administrativa: División de Promoción y Protección de la Salud
Ámbito de trabajo: promoción de la salud maternoinfantil mediante el control de los problemas obstétricos, neonatales y pediátricos
Organismo asesor: grupo de consulta de expertos de alto nivel, internacionalmente reconocidos, que se reúne cada dos años

INPPAZ

Nombre: Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis
Ubicación: Argentina
Fecha de creación: 1991
Dependencia administrativa: División de Prevención y Control de Enfermedades
Ámbito de trabajo: centro de referencia regional para la protección de los alimentos
Organismos asesores: RIMSA; Consejo Coordinador Internacional (representantes de seis Estados Miembros de la OPS, Director de la Oficina); Comité para los Programas Argentinos (representantes de los ministerios argentinos de salud y de agricultura y ganadería, OPS)

Otros centros fueron creados y posteriormente suprimidos. Como puede inferirse de estas descripciones, los años sesenta fueron un decenio en el cual los Cuerpos Directivos y la OSP optaron mucho por esta modalidad de cooperación técnica. Pero esto no tuvo lugar sin debate. Los temas más comunes de discusión fueron las inquietudes por los atrasos en el pago de las cuotas de los gobiernos, o por que no se cumplieran los compromisos de ciertos gobiernos anfitriones de apoyar a los centros. Otra causa de inquietud fueron las ventajas relativas para los países anfitriones en lo referente al acceso a la cooperación técnica de los centros. En 1969, el Comité Ejecutivo de la OPS aprobó una resolución que, tras considerar que había en las Américas varios centros multinacionales a los que se había asignado una cantidad considerable de fondos de la Organización, y observando que los países en los que estaban ubicados dichos centros multinacionales se beneficiaban más directamente del asesoramiento, el adiestramiento y las actividades de investigación llevadas a cabo en ellos, resolvió:

1. Recomendar al Consejo Directivo que solicite al Director de la Oficina nombrar un grupo de estudio para elaborar criterios que rijan la creación y las operaciones de los centros...

En 1969, se formó un grupo de estudio para redactar los criterios solicitados relativos a los centros y, como resultado, la Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la siguiente resolución CSP18.R33, en la que se establecieron normas que siguen vigentes.

1. Aprobar las siguientes normas generales relativas a la creación y funcionamiento de centros multinacionales:
 - a) A los fines de estas normas, el centro multinacional se define como una institución o centro administrado por personal internacional, con el apoyo en grado significativo de fondos internacionales, que facilita servicios a todos los países de la Región o a un grupo de ellos en una zona determinada.
 - b) La creación y desarrollo de centros multinacionales se basará en las prioridades que surjan del proceso de planificación utilizado en el programa de la OPS/OMS. En este sistema, el diagnóstico de los problemas de salud realizado por cada país determinará el grado y naturaleza de la colaboración internacional que contribuya en mejor forma a respaldar los programas de salud de los [Estados] Miembros.
 - f) En vista de que los centros multinacionales son de carácter institucional y se establecen únicamente cuando no existen instituciones nacionales adecuadas, se considera que la asistencia financiera internacional es una obligación a largo plazo. Sin embargo, cada centro multinacional debe ser examinado regularmente como parte del proceso de planificación de programas, y teniendo en cuenta su importancia en relación con las necesidades de los países participantes.

- g) En la planificación de un centro multinacional, el Director buscará apoyo financiero de fuentes extrapresupuestarias, además del presupuesto ordinario y de otra índole. El Gobierno huésped debería proporcionar locales y, en la medida que lo permitan sus recursos, aportar también materiales, personal y fondos. En la selección del lugar se han de tomar en cuenta los recursos del posible Gobierno huésped, así como cualesquiera otros factores que influyan en la prestación de servicios a los países.
- h) Las propuestas relativas a los centros multinacionales continuarán presentándose, como parte del programa y presupuesto de la OPS/OMS, al Comité Ejecutivo y al Consejo Directivo o la Conferencia, para su estudio y aprobación.

En los Cuerpos Directivos han surgido periódicamente preguntas acerca de los centros panamericanos. En 1977, el Consejo Directivo, en su resolución CD25.R31, solicitó al Director que preparase un estudio detallado de los centros. El estudio tardó más de un año; lo realizó un grupo asesor de expertos apoyado por personal a tiempo completo y a tiempo parcial, que llevó a cabo visitas detalladas a todos los centros en funcionamiento en aquel momento. Es el estudio más completo de los centros hasta la fecha. Muchos de sus resultados son tan pertinentes ahora como hace 23 años. Varias de sus conclusiones merecen seria consideración:

Un axioma fundamental, sobre el que deben basarse todas las demás conclusiones, es que los centros forman parte integrante del programa de la OPS. Básicamente, un centro es una modalidad organizativa. La condición de centro no es significativa para el programa, por sí misma, pero es una manera de lograr objetivos del programa.

Hay que insistir en un punto: un centro no es más que un método de llevar a cabo el programa, y debe coordinarse con otros métodos. La primera decisión es cuánto esfuerzo dedicar a un área programática; luego se decide si un centro es una parte útil del programa de acción. Cada situación debe examinarse individualmente.

La pregunta primaria del programa es qué áreas de salud deben tener prioridad; la pregunta operativa secundaria es si un área del programa dada se beneficiaría de ... un centro como método para lograr el objetivo... La pregunta clave es cuál es la manera más eficiente y eficaz de alcanzar las metas del área del programa particular [de la OPS]; no si hay demasiados o demasiado pocos centros.

La Conferencia Sanitaria Panamericana de 1978 refrendó las recomendaciones del estudio y, entre otras cosas, volvió a insistir en la necesidad de “evaluar con regularidad cada centro” (resolución CSP20.R31).

4.2 *Los años ochenta y noventa*

Intentar resumir y analizar los muchos sucesos políticos, de políticas y administrativos que tuvieron lugar en los años ochenta y noventa con relación a los centros panamericanos supera el alcance del presente examen. No obstante, cabe destacar unos pocos sucesos:

- Una nueva administración llegó a la Oficina en 1983 con un enfoque de política que abogaba por la transferencia de los centros a sus países o grupos de países anfitriones. Aunque en 1985 el Consejo Directivo de la OPS apoyó la idea de transferir definitivamente los centros a los países anfitriones, como meta a largo plazo, no hubo en ese momento mucho apoyo en los Estados Miembros y otros interesados directos para tal transferencia.
- En 1983, el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), de Brasil, dejó de ser una unidad de la OPS.
- En 1989, la OPS publicó el documento “Los centros panamericanos en los años noventa”.¹ Sus criterios se han incorporado al presente estudio.
- Intensas discusiones políticas y financieras precedieron el cierre, en 1991, del Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) en Argentina, y su reestructuración como el nuevo INPPAZ.
- En 1993, se emprendió un estudio sobre las actividades de investigación de siete de los centros panamericanos (el Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud [ECO], CFNI, CAREC, PANAFTOSA, CLAP, CEPIS e INCAP). Aun recalcando la función crucial que la investigación ha desempeñado y desempeña en la labor de la Organización, el estudio encontró problemas comunes a los centros, a la vista de los cuales hizo varias recomendaciones, como la necesidad de que todos los centros dispusieran de planes estratégicos para la investigación, de comités consultivos científicos, y que simplificaran los muchos tipos de contratos de personal existentes entonces.
- En 1997, se cerró ECO, ubicado en México, y sus establecimientos y personal local fueron transferidos al Gobierno de México. Algunos de sus recursos humanos y financieros se fusionaron con el CEPIS de Lima.

¹ George A.O. Alleyne, The Pan American Centers in the 1990s, (PAHO, Health Program Development Area, 1989).

4.3 *El legado de gestión de los centros panamericanos*

Los centros han sido para la OPS un laboratorio de varias maneras, no sólo en el campo estrictamente técnico-científico de su competencia. Varios enfoques y procesos de gestión se aplicaron por primera vez en los centros. Al fortalecer la investigación en países en desarrollo, fue posible, en algunos casos, dar un impulso a los científicos e investigadores locales, que tendían a estar más en sintonía con los problemas locales y sus soluciones que las instituciones de investigación y formación, grandes y bien financiadas, del mundo desarrollado.

Además, ya desde los años cincuenta y sesenta, los centros introdujeron enfoques innovadores no conocidos o no muy utilizados en las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos (OEA), como el recurso a empleados nacionales como personal profesional y de apoyo; el establecimiento de instituciones como laboratorios de referencia para los países vecinos; y la introducción de programación, presupuestación y vigilancia precisos y fáciles de usar.

Algunos centros tienen mucha experiencia de prestación de servicios, incluida la asistencia técnica y los análisis con grupos del sector privado, y de transferencia de tecnología directamente a grupos privados mediante cursos, seminarios y la formación en servicio. Otros han formado alianzas estratégicas con empresas comerciales y compartirán los ingresos de la venta de los servicios a terceros (también empresas comerciales) o han validado los productos de diagnóstico fabricados por empresas privadas. Un centro obtiene la mayor parte de su presupuesto operativo mediante la venta de productos y servicios.

5. **Financiamiento**

Los centros panamericanos tienen esencialmente cinco fuentes de ingresos:

- *Los fondos ordinarios de la OPS:* son los más fiables, pero están descendiendo en términos reales.
- *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.
- *Las subvenciones (fondos no ordinarios o extrapresupuestarios):* van en aumento en muchos centros, mientras que otros no se han preparado adecuadamente para aprovechar enteramente las posibilidades en este campo.

- *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.
- *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 mucho de un centro a otro.

El presupuesto ordinario combinado de la OPS y la OMS para la Región en el bienio 2000-2001 ascendió a US\$ 256.245.000. La aportación del presupuesto ordinario de la OPS para los centros en ese bienio fue de US\$ 23.846.113, es decir, aproximadamente 9,3% del presupuesto ordinario. Esos fondos se asignaron del siguiente modo:

| | |
|-----------|-------------|
| INCAP | \$3.081.845 |
| CFNI | \$2.441.713 |
| CAREC | \$1.295.100 |
| PANAFTOSA | \$6.296.681 |
| CEPIS | \$4.800.143 |
| BIREME | \$1.001.180 |
| CLAP | \$1.885.074 |
| INPPAZ | \$3.044.377 |

La cuestión financiera ha constituido, durante mucho tiempo, el talón de Aquiles de los centros. Es más, como el Comité Ejecutivo observó en 1969 en la resolución CE61.R12, se asigna a estas unidades una considerable cantidad del financiamiento de la Organización. Ya sea por la escasez de los fondos ordinarios,² o por los problemas relativos a las contribuciones de los países a los centros, el financiamiento es un asunto de importancia capital. Los informes financieros del Director y del Auditor Externo, junto con información del Departamento de Presupuesto y Finanzas de la Oficina, confirman que la situación financiera de los centros sigue siendo motivo de preocupación para los Cuerpos Directivos y la Oficina, a pesar de las mejoras de los últimos bienios en centros como el INCAP. Esta situación es común a los centros regionales y los subregionales. Al observar la parte de ingresos, aparece un problema común: la dificultad de recaudar las contribuciones financieras de los Estados Miembros. Esta situación es particularmente palpable en el caso de los centros subregionales, cuya tasa media de recaudación de cuotas se sitúa alrededor de 33% para el período 1992-1999,³ lo cual es motivo de

² Algunos consultores en los centros cuentan con menos de \$10.000 por bienio en fondos ordinarios para operar en toda América Latina y el Caribe.

³ Cálculo basado en el Informe Financiero del Director y el Informe del Auditor Externo para 1998-1999.

preocupación si se compara con aproximadamente 74% para el conjunto de la OPS en el mismo período. [En ese contexto, una política que venía practicándose desde hace decenios y que ahora se ha institucionalizado, consiste en que el presupuesto ordinario de la Organización se convierte en fuente provisional de financiamiento para los centros].

La venta de servicios y otras asociaciones con el sector privado se consideran un enfoque a largo plazo para lograr la estabilidad y la viabilidad financieras de los centros. Se trata de una evolución positiva, pero tal vez sea útil disponer de normas adicionales al respecto.

En anexo a este informe se presenta la situación financiera de los centros en cuanto a los gastos, que indican el nivel real de actividad para una fuente concreta de fondos. La mayoría de los gastos por fuente muestran una tendencia descendente, excepto los fondos extrapresupuestarios y la venta de servicios en algunos centros.

6. El futuro de los centros panamericanos

¿Sigue siendo pertinente para la cooperación internacional en salud pública y salud ambiental disponer de centros, o se trata de un modelo anticuado a través del cual la OPS canaliza una porción sustancial de su cooperación técnica? En algunos casos, es obvio que sería difícil de justificar un enfoque de los años cincuenta o sesenta, por parte de algunos centros, dirigido a necesidades técnicas y actividades de investigación básica muy limitadas. Casi todos los centros de la OPS están evolucionando —o podrían y deberían hacerlo— hacia un mayor énfasis en la cooperación técnica para las cuestiones de planificación y estratégicas, y como gestores de los recursos y organizadores de las redes de centros de excelencia en sus ámbitos. La sabiduría de la Conferencia Sanitaria Panamericana hace 31 años, cuando resolvió que “se examine con regularidad cada centro multinacional al planificar el programa, atendiendo a su importancia con relación a las necesidades de los países participantes”, es claramente pertinente hoy.

En el informe de 1989 anteriormente mencionado,⁴ se propusieron varios criterios para los centros panamericanos. Se llegó a la conclusión de que, para recibir el apoyo de la Organización, los centros deben:

- estar plenamente integrados en los programas regionales de los que forman parte;
- demostrar una presencia enérgica, útil e identificable en los países, haciendo hincapié en los programas de los países;
- demostrar creatividad y la capacidad continua de buscar enfoques innovadores a los problemas comunes que fueron la base de su creación;

⁴ George A.O. Alleyne, op. cit. p. 14.

- prestar mucha atención a ciertos enfoques estratégicos de la cooperación técnica de la OPS, por ejemplo, la movilización de recursos, la formación, la difusión de información y la investigación, y
- comprender la necesidad de implicar a los Estados Miembros en el gobierno de los centros.

¿Están los programas de los centros plenamente integrados en los programas regionales de los que forman parte? Esto varía mucho; los centros regionales suelen estar más cerca de sus divisiones de la Sede que los subregionales. Algunas decisiones de política, como transferir la responsabilidad de las zoonosis de INPPAZ a PANAFTOSA, han reforzado las conexiones entre los dos centros y la gestión por la división de Washington, D.C. Otros centros comunican la programación conjunta de actividades en el momento de preparar el presupuesto bienal por programas, seguida de exámenes periódicos. De igual manera, algunos centros comunican un alto nivel de patrocinio y participación conjunta de los centros y las divisiones, en actividades sobre el terreno y en la Sede. La mayoría de los centros informa de un promedio de entre tres y seis visitas anuales de los directores de centro a la sede de la OPS.

Las publicaciones y las actividades de investigación de los centros tienden a realizarse independientemente de la división de la cual dependen en la Sede. Sin embargo, en el caso de al menos un centro, tanto la división como la dirección del centro han redoblado esfuerzos para hacer publicaciones conjuntas. En otros casos, si bien el centro y la división comparten proyectos importantes, tienen diferentes objetivos programáticos, recursos y responsabilidades.

¿Demuestran los centros una presencia enérgica, útil e identificable en los países, en particular fuera del país anfitrión? Todos los centros panamericanos son activos fuera de los países anfitriones y tienen un proceso complejo de intercambio de información con los países sobre el desarrollo de sus actividades. En los centros subregionales, el personal está familiarizado con los Estados Miembros y sus programas. Pero los cinco centros regionales también han desarrollado actividades que abarcan la mayor parte de América Latina y el Caribe. Aunque es común a todos los centros que ciertas actividades están restringidas al país anfitrión, la mayoría de las operaciones incluyen a varios países. Algunos de los centros regionales están desarrollando o han desarrollado redes que cubren la mayor parte de América Latina y el Caribe, como la Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA) y la Biblioteca Virtual en Salud.

En algunos casos, la aportación de las autoridades nacionales a la programación de los centros se hace indirectamente, a través de la Representación de la OPS/OMS, y mediante contactos entre los gerentes de la OPS en su reunión anual.

Debe señalarse que algunos centros, como PANAFTOSA, han prestado tradicionalmente cooperación técnica a otros sectores distintos del subsector de salud pública (concretamente, de agricultura y ganadería, sobre todo este último). Tras la transferencia de las zoonosis, este centro ha comenzado a relacionarse más con los ministerios de salud. La mayoría de los centros comunica tener relaciones muy cercanas y activas con el país anfitrión, expresadas de maneras múltiples en sus campos respectivos.

¿Todavía producen los centros ideas y planteamientos innovadores? ¿Son todavía “organizaciones en etapa de aprendizaje”? Varios centros han sido responsables de conquistas importantes a lo largo de cincuenta años (por ejemplo, Incaparina, Panacrema, la vacuna contra la fiebre aftosa, la vacuna antirrábica Fuenzalida y Alufloc, que retira el arsénico y los metales tóxicos del agua potable). De esas conquistas se han servido los gobiernos y el sector privado a escala subregional, regional y mundial.

La mayoría de los centros aún idea nuevos procedimientos, dispositivos, métodos o enfoques, como los sitios de vigilancia mediante centinelas médicos en todo el Caribe, nuevas pautas para tratar las enfermedades transmitidas por los alimentos en muchos países de América, nuevos métodos de diagnóstico, nuevos sistemas de información, y nuevas estrategias de certificación en el ámbito del agua y el saneamiento. Los nuevos métodos o enfoques para llevar a cabo los programas en curso parecen ser la innovación más común en el último decenio.

6.1 *La flexibilidad de la OPS y los centros panamericanos*

El estudio de 1978 sobre los centros, refrendado por la Conferencia Sanitaria Panamericana, estableció dos criterios muy pertinentes. En primer lugar, “un centro no es más que un método de llevar a cabo el programa, y debe coordinarse con otros métodos. La primera decisión es cuánto esfuerzo dedicar a un área del programa; luego se decide si un centro es una parte útil del programa de acción. Cada situación debe examinarse individualmente... pues “la pregunta primaria del programa es qué áreas de salud deben tener prioridad; la pregunta operativa secundaria es si un área del programa dada se beneficiaría de ... un centro como método para lograr el objetivo... La pregunta clave es cuál es la manera más eficiente y eficaz de alcanzar las metas del área del programa particular [de la OPS]; no si hay demasiados o demasiado pocos centros”.

Desde un punto de vista a corto plazo en cuanto a la historia de la OPS, puede resultar sorprendente que casi 40% de los centros panamericanos establecidos por la OPS se hayan cerrado, entre ellos:

- Centro Latinoamericano de Administración Médica (CLAM, Argentina), cerrado en 1976.
- Centro Latinoamericano de Salud y Planificación (PLANSALUD, Chile), cerrado en 1976.
- Centro Latinoamericano de Tecnología Educacional para la Salud (CLATES, Brasil), cerrado en 1983.
- Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO, Argentina), cerrado en 1991.⁵
- Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud (ECO, México), cerrado en 1997.

Un análisis de las razones por las que se cerraron estos centros sobrepasa el alcance del presente examen. Sin embargo, una combinación de inquietudes financieras de muchos años, una brusca crisis financiera, la “madurez” técnica del país anfitrión, una política particular de la administración de la OPS o la receptividad del país anfitrión para absorber los recursos y las funciones del centro, dio pie a cerrarlos. Lo más importante de todo es que, con una mirada histórica a largo plazo, está claro que la Organización ha estado dispuesta y en condiciones de ser flexible y actuar en función de las realidades financieras, políticas y técnicas que inciden en los centros.

Reafirmando la evolución histórica de esta cuestión, la resolución CD31.R24 del Consejo Directivo, en 1985, establece en parte que:

Consciente de que en la XVIII y la XX Conferencias Sanitarias Panamericanas se establecieron pautas generales para la creación y el funcionamiento de centros multinacionales;

Reconociendo que los centros panamericanos son elementos integrantes de los respectivos programas de la OPS y constituyen un mecanismo eficaz para consolidar las funciones de los servicios de asesoramiento, docencia, investigación y difusión de información de conformidad con las necesidades de los países;

Resuelve:

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.

⁵ Parte de los recursos de CEPANZO se utilizaron para echar a andar el INPPAZ.

2. Confirmar la meta a largo plazo de la Organización de actuar en 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.

6.2 *Evaluación de los programas de cada centro*

La resolución CSP20.R31, aprobada por la Conferencia Sanitaria Panamericana en 1978, insistió en la necesidad de “evaluar con regularidad cada centro”. Este mandato no ha sido reemplazado o derogado por los Cuerpos Directivos, y por consiguiente todavía está en vigor. Considerando esa resolución y los debates de recientes reuniones de los Cuerpos Directivos, el Director ha decidido emprender una evaluación de uno de los centros. Actualmente, se está evaluando a CEPIS en cuanto a su pertinencia, eficiencia y eficacia, conjuntamente por la Oficina Sanitaria Panamericana, consultores de la Oficina de Auditoría Nacional del Reino Unido y consultores del sector privado.

6.3 *Evolución de los centros panamericanos*

Recordando los criterios adoptados por los Cuerpos Directivos en 1970 y 1978, junto con los criterios desarrollados por el Director en 1989, la OPS dispone de un buen marco para abordar los temas presentados por los centros y seguir administrando su desarrollo en el futuro. Recordando que “...un centro no es más que un método de llevar a cabo el programa [de la OPS], y debe coordinarse con otros métodos”, cada uno de los centros existentes puede y debe evolucionar en función de la cambiante situación técnica, social, económica y política en las Américas. Hay una necesidad creciente de hacer buen uso de la excelencia técnica y la pericia existentes en los Estados Miembros, acercando a la OPS a sus raíces, de actuar conjuntamente con los países y facilitar la cooperación entre ellos. Los centros están favoreciendo cada vez más la creación de redes multinucleares, en las que cada centro es un núcleo y los demás centros de excelencia, que incluyen pero no se limitan a los centros colaboradores de la OMS/OPS, actúan de modo coordinado para desarrollar otras capacidades institucionales y de recursos humanos en los Estados Miembros. El cometido de los centros debe evolucionar más hacia el de catalizador, prestando menos atención a las solicitudes de cooperación técnica específica “al por menor”.

7. Conclusiones

El presente análisis describe la situación de fondo y la situación general de los centros panamericanos. Los centros representan una modalidad especial de cooperación técnica y han respondido en gran medida a las necesidades de la Organización y sus Estados Miembros. El motivo de preocupación principal sigue siendo su viabilidad financiera. Los Cuerpos Directivos han abordado este tema reiteradamente desde los años sesenta y han establecido normas generales que siguen siendo pertinentes a la situación actual. En el marco de esas normas, los centros panamericanos han evolucionado y el análisis demuestra que no son inmutables, y pueden crearse, cambiarse o disolverse según una variedad de circunstancias.

Anexo

Los siguientes gráficos presentan los gastos de los centros panamericanos durante los dos últimos bienios (1998-1999 y 2000-2001). Así se mide el nivel real de actividad para cada fuente de financiamiento.

- La curva de “fondos ordinarios” representa la contribución del presupuesto ordinario de la OPS a cada centro.
- La curva “PI” representa la venta de servicios por el centro.
- En el caso de los centros subregionales, los gastos con relación a la cuota de sus Gobiernos Miembros se ilustran en la curva de “cuotas”.
- También se muestra la tendencia bienal de los fondos extrapresupuestarios.

