



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 39.<sup>a</sup> SESIÓN DEL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 16 al 18 de marzo de 2005*

---

*Punto 7 del orden del día provisional*

SPP39/5 (Esp.)  
24 febrero 2005  
ORIGINAL: ESPAÑOL

### ESTRATEGIA PARA EL FUTURO DE LOS CENTROS PANAMERICANOS

#### **Introducción**

1. El presente documento reúne y actualiza varios de los elementos que atañen al funcionamiento individual y colectivo de los Centros Panamericanos. Su propósito es aportar insumos al Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo (SPP) que puedan ayudar a definir criterios para construir y proponer una estrategia de abordaje sobre el futuro de los Centros Panamericanos, considerando las condiciones sanitarias actuales, los problemas de salud emergentes, los recursos financieros disponibles, así como los mandatos y resoluciones aprobadas por los Cuerpos de Gobierno de la OPS.

#### **Antecedentes**

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

3. 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.

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

5. En la actualidad la OPS tiene 8 centros panamericanos en siete países. Tres de los centros son subregionales (INCAP, CFNI y CAREC) y cinco regionales (PANAFTOSA, BIREME, CEPIS, CLAP, INPPAZ), con las siguientes líneas de dependencia:

<b>CENTRO</b>	<b>LINEA DE DEPENDENCIA AL INTERIOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA</b>
CAREC	Oficina de la Subdirección
CFNI	Área de Salud Familiar y Comunitaria
CLAP	Área de Salud Familiar y Comunitaria
CEPIS	Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental
INCAP	Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental
BIREME	Área de Información y Gestión del Conocimiento
PANAFTOSA	Unidad de Salud Pública Veterinaria
INPPAZ	Unidad de Salud Pública Veterinaria

6. La función de cooperación técnica de los centros se considera como un componente esencial de los programas regionales y subregionales y combina la formulación de planes y políticas, la difusión de información, el desarrollo de metodologías e instrumentos, el adiestramiento, la investigación y la cooperación técnica directa con los Estados Miembros.

7. A inicios de la década de los noventa, la experiencia de los Centros Panamericano fue emulada por la Oficina Regional de la OMS para Europa. A la fecha operan cinco centros denominados como Oficinas Geográficamente Dispersas (OGD). Estas OGD tienen funciones de carácter regional y están presentes en 5 países europeos, empleando a 97 funcionarios, que equivalen al 16% del total de la Oficina Regional de la OMS para Europa (EURO)<sup>1</sup>.

### **Mandatos de los Cuerpos Directivos relativos a los Centros Panamericanos**

8. Desde su inicio, los centros panamericanos fueron concebidos como una modalidad temporal de cooperación técnica. La 18ª Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en

---

<sup>1</sup> Strategy of the WHO Regional Office for Europe with regard to geographically dispersed offices. EUR/RC54/9 May 26, 2004

1970 en su Resolución CSP18.R33, reconociendo la utilidad de los Centros Multinacionales para abordar problemas de salud de interés común para varios países, resolvió:

1. “Aprobar las siguientes normas generales relativas a la creación y funcionamiento de centros multinacionales
  - a) A los fines de estas normas, el centro multinacional se define como una institución o centro administrado por personal internacional, con el apoyo en grado significativo de fondos internacionales, que facilita servicios a todos los países de la Región o a un grupo de ellos en una zona determinada.
  - b) La creación y desarrollo de centros multinacionales se basará en las prioridades que surjan del proceso de planificación utilizado en el programa de la OPS/OMS. En este sistema, el diagnóstico de los problemas de salud realizado por cada país determinará el grado y naturaleza de la colaboración internacional que contribuya en mejor forma a respaldar los programas de salud de los Países Miembros.
  - c) Cuando la solución de los problemas de salud de un país requiera servicios de un nivel y capacidad inexistentes, la OPS/OMS colaborará con las autoridades de salud para reforzar las instituciones nacionales a fin de atender las necesidades del país, recurriendo, cuando esto no sea posible, a instituciones nacionales de otros países que cuenten con recursos suficientes.
  - d) Cuando no existan instituciones nacionales adecuadas para atender problemas de interés común, los centros multinacionales deben planearse y desarrollarse en consulta con los Gobiernos, para aprovechar al máximo la cooperación de la OPS/OMS.
  - e) Los centros multinacionales deben apoyar, facilitar y complementar la realización de los programas de los países en su campo de acción u otro conexo, y promover la cooperación internacional en la solución de los problemas comunes.
  - f) En vista de que los centros multinacionales son de carácter institucional y se establecen únicamente cuando no existen instituciones nacionales adecuadas, se considera que la asistencia financiera internacional es una obligación a largo plazo. Sin embargo, cada centro multinacional debe ser examinado regularmente como parte del proceso de planificación de

programas, y teniendo en cuenta su importancia en relación con las necesidades de los países participantes.

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

9. En 1978, la 20ª Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó el documento CSP20/3 referente a los Centros Panamericanos. En este informe se hace referencia explícita al enorme potencial de cooperación a nivel internacional que podrían asumir Centros Nacionales Asociados, señalando “a decir verdad, esos centros extienden el concepto de Centro Panamericano con una carga mucho menor para el programa y el presupuesto de la OPS”. En el citado documento se proponen una serie de recomendaciones sobre las a) normas y condiciones, y b) sobre las fases procesales para la designación de los Centros Nacionales Asociados.

10. En la misma conferencia se adoptó la Resolución CSP20.R31 que resolvió:

“Aceptar, en principio, las recomendaciones relativas a los criterios que caracterizan un Centro, el procedimiento para establecer y suprimir un Centro, y las normas y condiciones para la designación de un Centro Nacional Asociado.

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.”

11. Posteriormente durante el CE95/11 de 1985 se mencionó que:

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

12. En función a lo argumentado la 31ª Reunión del Consejo Directivo celebrado en 1985 en su resolución CD31.R24 que 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
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”.

13. En el 2002, la 36 Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo analizó el documento SPP36/11 referente a los antecedentes y a la situación imperante en los Centros Panamericanos, incluida la financiera, habiéndose debatido asimismo temas que podrían incidir sobre su futuro. Los delegados del SPP consideraron vigentes y válidos los criterios sugeridos en 1989<sup>2</sup> para evaluar a los Centros Panamericanos. El Director de la OSP informó al SPP sobre la evaluación en curso del CEPIS como un hito previo para retomar la discusión general sobre el futuro de los Centros Panamericanos. En esta evaluación participaron conjuntamente consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana, de la Oficina de Auditoría Nacional del Reino Unido y consultores del sector privado.

---

<sup>2</sup> G. A. O. Alleyne, The Panamerican Centers in the 1990s. PAHO, Health Programs Development Area. 1989.

14. Los resultados de la evaluación del CEPIS (CSP20/3) fueron presentados a la Conferencia Sanitaria Panamericana en el 2002. “De la evaluación se desprende que el CEPIS es una fuente valiosa de cooperación técnica y un agente de intercambio de conocimientos. Eliminar el Centro constituiría una pérdida demasiado grande y habría que realizar esfuerzos denodados para tratar de crear un nuevo organismo internacional que cumpla su función. Sin embargo, el CEPIS debe modificar las funciones que desempeña actualmente para ser más dinámico y trabajar más a través de redes de instituciones, con vistas a lograr un efecto multiplicador en la cooperación técnica que presta.”

#### **Situación actual de los Centros Panamericanos.**

15. A continuación se resume la situación actual de cada uno de los centros panamericanos. En el anexo 1 se muestra con mayor detalle la naturaleza de los convenios constitutivos de cada uno de los centros, los países signatarios de los mismos así como otras instituciones cosignatarias.

16. **CAREC.** Fundado en 1974. El Acuerdo Multilateral para el Funcionamiento del CAREC está vigente hasta diciembre del 2005. A petición de la Secretaría del CARICOM y con el financiamiento del Banco Caribeño para el Desarrollo, la empresa canadiense Universalía está realizando una evaluación externa sobre las instituciones subregionales que se ocupan de salud, incluyendo en ello la eficiencia, eficacia, relevancia y viabilidad financiera del CAREC, así como diversos aspectos que afectan el desempeño del Centro. Los resultados están siendo analizados.

17. **CFNI.** El Acuerdo para su establecimiento fue suscrito en 1967. A la fecha no ha sido modificado y continúa vigente. A petición de la Secretaría del CARICOM y con el financiamiento del Banco Caribeño para el Desarrollo, la empresa canadiense Universalía está realizando una evaluación externa sobre las instituciones subregionales que se ocupan de salud, incluyendo en ello la eficiencia, eficacia, relevancia y viabilidad financiera del CFNI, así como diversos aspectos que afectan el desempeño del Centro. Los resultados están siendo analizados

18. **CEPIS.** El Acuerdo para su 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. Posteriormente el Centro pasó a denominarse Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, sin modificar sus siglas originales. Aunque CEPIS a lo largo de su historia ha asumido diferentes funciones adicionales a las inicialmente previstas, el Acuerdo originalmente suscrito no ha sido actualizado. Como resultado de la evaluación realizada y las recomendaciones aprobadas por la Conferencia Sanitaria Panamericana y en función a la estrategia de gestión para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el período 2003-2007, el CEPIS está en proceso de transición para operar como una unidad descentralizada del Área de Desarrollo Sostenible

y Salud Ambiental (SDE) actuando con un enfoque integrado para el manejo del saneamiento básico, incluyendo todos los aspectos relacionados con el abastecimiento de agua potable, alcantarillado y manejo adecuado de basuras y residuos, con especial énfasis en apoyar a los países para la consecución de las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio correspondientes.

19. **BIREME.** Fundado en 1967. El actual Acuerdo para el Mantenimiento de BIREME suscrito entre las partes fue renovado en diciembre del 2004 y está vigente hasta diciembre del 2009.

20. **CLAP.** Creado en 1970. El último Convenio Básico entre el Gobierno del Uruguay y la OPS fue suscrito el 1 de marzo del 2001 y tiene una vigencia hasta el 28 de febrero del 2006. En fechas recientes se llevó a cabo un análisis técnico-administrativo sobre la operación del Centro. Los resultados están siendo analizados. Se espera que el CLAP en el futuro funcione como una unidad descentralizada del Área de Salud Familiar y Comunitaria, con un enfoque integrado en salud de la mujer, salud reproductiva y perinatología.

21. **PANAFTOSA.** El Acuerdo para el establecimiento del Centro fue suscrito en 1950 entre la OPS y el Gobierno del Brasil y aprobado por el Congreso Brasileño en 1951. Continúa vigente hasta la fecha. A partir de 1996 el componente sobre prevención y control de las zoonosis fue trasladado del INPPAZ para PANAFTOSA.

22. **INPPAZ** El Acuerdo entre la OPS y la República de Argentina para el establecimiento de un Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis fue suscrito el 19 de noviembre de 1991 y continúa vigente a la fecha. El pago que el Gobierno del Argentina realiza para el mantenimiento del INPPAZ es dividido a partes iguales entre el Ministerio de Salud y el de Agricultura. Está en curso un análisis sobre la situación técnico-administrativa y financiera del Centro.

23. **INCAP** Creado en 1949. El más reciente Convenio Básico del INCAP suscrito entre las partes fue abierto a firma en 1998 y entró en vigor en el 2004. Tiene una vigencia indefinida.

## **Asuntos comunes a todos los Centros Panamericanos**

### ***Pertinencia de la cooperación técnica***

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

25. Es importante señalar que aún considerando los avances alcanzados en los indicadores de salud y la creciente fortaleza de las instituciones nacionales, marcadas inequidades en salud continúan existiendo dentro y entre los países. Es urgente acelerar el paso para cumplir las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio. En este contexto, las inversiones en salud de la gente y en la salud ambiental son ejes centrales y verdaderos desafíos del combate efectivo a la pobreza y del desarrollo humano del siglo XXI.

26. Uno de los productos de la globalización es una mayor interdependencia entre los países en diferentes esferas políticas, económicas, comerciales, sociales, tecnológicas y del conocimiento, entre otras. Ello ha creado nuevas oportunidades y desafíos para la cooperación técnica que afectan de manera directa e indirecta la forma como operan y el tipo de productos generados por los centros panamericanos tanto en el contexto nacional, subregional, regional y global.

27. El Consejo Directivo celebrado en el 2003 aprobó el Documento CD44/5 Estrategia de Gestión para el Trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el Período 2003-2007. En este documento se incluyen los criterios y principios operacionales que orientan el trabajo de la Organización. Uno de los objetivos internos para el cambio institucional se refiere a “la formación de redes, dentro y fuera del Secretariado, así como el intercambio de experiencia y conocimientos” estimulando además una mayor descentralización de los recursos a los países y que “las prioridades se abordarán mediante enfoques innovadores de la cooperación técnica y la gestión estratégica de los recursos del Secretariado”.

28. En la actualidad la Región de las Américas tiene 204 centros colaboradores de la OMS. Estos centros constituyen en potencia un grupo significativo de instituciones que de una u otra forma están o podrían asumir mayores responsabilidades y funciones en apoyo a la cooperación técnica internacional.



### ***Gobernabilidad***

29. Los Centros Panamericanos de carácter regional tienen una relación orgánica más directamente integrada con los programas de las Áreas técnicas y son regidos por las disposiciones administrativas y gerenciales de la Oficina y cuyas prioridades y presupuestos son aprobados por los Cuerpos de Gobierno de la Organización. La mayoría tienen comités consultivos técnicos, asesores o científicos de funcionamiento dispar. Existen otros foros cuyos mandatos también orientan el trabajo de algunos de los centros, como es el caso de PANAFTOSA e INPPAZ, mediante la Reunión Interamericana a Nivel Ministerial en Salud y Agricultura (RIMSA).

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

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

### ***Relaciones con los países sede***

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

### ***Recursos humanos***

33. En 1985, la XXXI Reunión del Consejo Directivo aprobó la Resolución XXIV sobre normas de política con respecto a los Centros Panamericanos y autorizó la implantación de nuevos sistemas administrativos y de personal en los Centros Panamericanos. En consecuencia, se diversificaron los esquemas de contratación buscando una mayor flexibilidad y menores costos los cuales faciliten en su oportunidad la transferencia de los centros a los países huéspedes.

34. En la actualidad, en los 8 Centros Panamericanos trabajan 322 funcionarios de categorías diferentes; 40 de ellos son profesionales internacionales. Si se considera que cada uno de los centros es parte integral de diversas áreas y unidades de la Organización, los centros en forma descentralizada concentran el 69.3% de la totalidad de los funcionarios correspondientes a esas áreas y unidades técnicas de la oficina sede. (SDE, DPC, FCH, IKM)

### ***Recursos financieros***

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

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

### ***Recursos regulares***

36. El presupuesto regular combinado de la OPS y de la OMS para la Región en el bienio 2004 – 2005 es de US\$ 259.530.000. De ellos los Centros Panamericanos reciben \$22.366.300 equivalentes al 8.6% del presupuesto ordinario. Esta cifra representa una reducción del 20.3% respecto al bienio 2002 – 2003, cuyo monto asignado a los Centros Panamericanos fue de \$28.047.700

37. Cuando se analiza la distribución de fondos regulares de las áreas técnicas y los centros panamericanos que de ellas dependen, se observa que los recursos asignados a los centros oscilan entre el 16.22% para IKM hasta 48.18% para SDE.

#### ***Cuotas directas de los países***

38. Al 31 de enero del 2005, el aporte de los Estados Miembros para los centros llegó a \$3.156.014, incluyendo los montos correspondientes a años anteriores. El total recibido al 31 de enero de 2005 para el bienio actual es de \$2.170.038, Sin embargo es importante señalar que las cuotas adeudadas al 31 de enero de 2005, son para CAREC de \$3.672.397 , para INCAP de \$47.400 y para CFNI de \$1.413.769.

#### ***Fondos extrapresupuestarios***

39. Al 31 de enero del 2005, los Centros Panamericanos en su conjunto han movilizado \$10.163.630, equivalentes al 23.30% del presupuesto total de los Centros. Estos fondos son significativos en los presupuestos de CAREC (45.33%), BIREME (14.81%), CEPIS (30.84%).

#### ***Venta de productos y servicios***

40. Entre el 1 de enero del 2004 al 31 de enero del 2005, en su conjunto los Centros Panamericanos generaron \$3.797.033. El total acumulado disponible llegó a \$5.430.976 como resultado de la venta de productos y servicios. Esto incluye servicios de laboratorio, información, capacitación y kits de diagnóstico, principalmente.

41. Tal como se indica en el documento SPP36/11 la venta de servicios y otras asociaciones con el sector privado pueden ser un ingrediente que contribuya a la viabilidad financiera de los centros. Sin embargo este asunto requiere ser discutido más a fondo a fin de no distorsionar la identidad y apego a los mandatos aprobados para los centros panamericanos.

#### ***Contribución de los países sede***

42. Al 31 de enero del 2005, los países anfitriones han aportado \$2.769.629 para el mantenimiento de los centros siguientes: CEPIS, (Perú: \$218.394), PANAFTOSA (Brasil: \$1.125.994 y BIREME (Brasil: \$1.425.241). Es importante señalar que en el caso del INPPAZ, el adeudo acumulado es de \$1.426. 886.

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

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

### **Intervención del Subcomité de Programación y Planificación**

Ante este panorama se solicita a los Delegados del SPP considerar las siguientes preguntas:

*¿ Sigue siendo vigente mantener los centros panamericanos para cumplir con la misión de la OPS y contribuir a la cooperación internacional en salud pública y salud ambiental, o se trata de un modelo anticuado superado por la realidad y futuras perspectivas?*

*¿Es la presencia de los centros panamericanos complementaria, substitutiva o duplica los esfuerzos nacionales?*

*¿Deben los centros panamericanos ser ejecutores o facilitadores de la cooperación técnica a los países?*

*¿Cómo afecta en la misión, relevancia e identidad de los centros panamericanos el expandir la venta de servicios y productos, así como continuar ampliando el número de proyectos y montos de los fondos extrapresupuestarios?*

*¿Considerando el contexto individual de cada uno de los centros, cuales serían los criterios más adecuados para definir su futuro?*

*¿tienen los países de América Latina y El Caribe centros nacionales de excelencia que puedan asumir en forma eficiente y efectiva las funciones de los centros panamericanos, conservando el acceso a servicios de cooperación técnica internacional?*

*¿Pueden los Centros ser absorbidos progresivamente por cada país sede o institución subregional, asegurándose su aprovechamiento y beneficio para el conjunto de los países de las Américas?*

Anexo

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

CENTRO	CONVENIO	PAISES SIGNATARIOS	OTROS SIGNATARIOS
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de Sao Paulo</li> <li>- Universidad Federal de Sao Paulo</li> </ul>
CEPIS	Convenio Básico entre el Gobierno del Perú y la OPS /OMS sobre relaciones institucionales y Privilegios e Inmunidades	Perú	
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	Universidad de la República

<b>CENTRO</b>	<b>CONVENIO</b>	<b>PAISES SIGNATARIOS</b>	<b>OTROS SIGNATARIOS</b>
	Uruguay, representado por el Ministerio de Salud Pública; la Universidad de la República, a través de la Facultad de Medicina; y la OPS.		
INPPAZ	Acuerdo entre la República Argentina y la OPS para el Establecimiento de Un Instituto Panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis	Argentina	
CAREC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acuerdo Multilateral para la Operación de CAREC entre OPS y varios países de El Caribe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antigua y Barbuda</li> <li>- Las Bahamas</li> <li>- Barbados</li> <li>- Belice</li> <li>- Dominica</li> <li>- Grenada</li> <li>- Guyana</li> <li>- Jamaica</li> <li>- Antillas Holandesas</li> <li>- Aruba</li> <li>- St. Kitts and Nevis</li> <li>- St. Lucia</li> <li>- St. Vincent and the</li> </ul>	

<b>CENTRO</b>	<b>CONVENIO</b>	<b>PAISES SIGNATARIOS</b>	<b>OTROS SIGNATARIOS</b>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acuerdo Bilateral entre OPS y Trinidad y Tobago para la operación de CAREC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grenadines</li> <li>- Surinam</li> <li>- Trinidad y Tobago</li> <li>- United Kingdom and the Caribbean Overseas Territories</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trinidad y Tobago</li> </ul>	
INCAP	Convenio Básico del INCAP entre OPS y países de Centroamérica y Panamá	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Belice</li> <li>- Costa Rica</li> <li>- El Salvador</li> <li>- Guatemala</li> <li>- Honduras</li> <li>- Nicaragua</li> <li>- Panamá</li> </ul>	
PANAFTOSA	Convenio entre Brasil y la OPS para la Organización y Funcionamiento en Brasil del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brasil</li> </ul>	

<b>CENTRO</b>	<b>CONVENIO</b>	<b>PAISES SIGNATARIOS</b>	<b>OTROS SIGNATARIOS</b>
CFNI	Acuerdo para la Operación de CFNI entre varios países de El Caribe, la “University of West Indies”, la OPS/OMS y la FAO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antigua</li> <li>- Las Bahamas</li> <li>- Barbados</li> <li>- Bermuda</li> <li>- Belice</li> <li>- Islas Vírgenes Británicas</li> <li>- Islas Caimán</li> <li>- Dominica</li> <li>- Guyana</li> <li>- Grenada</li> <li>- Jamaica</li> <li>- Montserrat</li> <li>- St. Kitts–Nevis–Anguilla</li> <li>- St. Lucia</li> <li>- St. Vincent</li> <li>- Trinidad y Tobago</li> <li>- Turks and Caicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- University of West Indies</li> </ul>