



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR

61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

Tema 3.1 da Agenda Provisória

CD49/2 (Port.)
13 de agosto de 2009
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO ANUAL DO PRESIDENTE DO COMITÊ EXECUTIVO

1. O relatório de atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seu subcomitê entre setembro de 2008 e setembro de 2009 é apresentado em cumprimento ao Artigo 9.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde. No período coberto pelo relatório, o Comitê Executivo realizou duas sessões: a 143ª Sessão, no dia 3 de outubro de 2008, e a 144ª Sessão, de 22 a 26 de junho de 2009. O Comitê também realizou uma reunião virtual em 7 de novembro para continuar a discutir os temas a serem incluídos nas agendas das diversas reuniões de Órgãos Diretores em 2009 (Anexo B). O Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração realizou sua Terceira Sessão em 11-13 de março de 2009.

2. Durante o período coberto pelo relatório, os Membros do Comitê Executivo foram Argentina, Bolívia, Guatemala, Haiti, México, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai. A Argentina, Bolívia, Guatemala, Haiti, México, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai compareceram à 143ª Sessão; Canadá e Venezuela estavam presentes como observadores. Delegados da Argentina, Bolívia, Guatemala, México, Suriname, Estados Unidos e Uruguai participaram no dia 7 de novembro da reunião virtual; Haiti e Trinidad e Tobago não puderam participar; e os Delegados do Canadá e Venezuela participaram como observadores. Compareceram à 144ª Sessão do Comitê Executivo delegados da Argentina, Bolívia, Guatemala, Haiti, México, Suriname, Estados Unidos e Uruguai. Responsabilidades urgentes associadas à pandemia de 2009 (H1N1) impediram a participação da delegação de Trinidad e Tobago. Representantes dos seguintes outros Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores compareceram na qualidade observadores: Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, França, Nicarágua, Paraguai e Venezuela. Além disso, cinco organizações não governamentais e duas agências e instituições especializadas das Nações Unidas estavam representadas.

3. Foram eleitos os seguintes Membros para constituir a mesa diretora da 143^a e 144^a sessões: Uruguai (Presidente), Suriname (Vice-presidente) e México (Relator).
4. Durante a 143^a Sessão, a Guatemala foi eleita para fazer parte do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração ao término do mandato do Chile no Comitê Executivo.
5. O Comitê fixou as datas da Terceira Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA); da 144^a Sessão do Comitê Executivo; e do 49^o Conselho Diretor. A sessão virtual do Comitê posteriormente propôs temas adicionais a serem discutidos pelo Subcomitê e pelo Comitê nestas sessões.
6. Na 143^a Sessão, o Comitê adotou uma resolução e seis decisões, que aparecem, junto com um resumo das deliberações do Comitê sobre cada tema, no relatório final da 143^a Sessão (anexo A).
7. Durante a 144^a Sessão, o Comitê nomeou os delegados de Uruguai e Suriname para representá-lo no 49^o Conselho Diretor e na 61^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, e indicou os representantes de México e Trinidad e Tobago para atuar como suplentes. O Comitê também aprovou uma agenda provisória para o 49^o Conselho Diretor.
8. Os seguintes assuntos foram também discutidos durante a 144^a sessão:

Assuntos do Comitê

- Relatório sobre a terceira sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração;
- Prêmio OPAS em Administração 2009;
- Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS;
- Relatório Anual do Escritório de Ética.

Assuntos relativos à política de programas

- Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011;
- Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (rascunho);
- Nova escala de cotas;

- Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável;
- Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza;
- Política de Pesquisa para a Saúde;
- Estratégia e plano de ação para saúde mental;
- Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem;
- Plano de ação para implantação da política de igualdade de gênero;
- Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos;
- Saúde e turismo;
- Rede Integrada de Serviços de Saúde baseada na Atenção Primária de Saúde;
- Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME);
- Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP);
- Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual;
- Saúde Familiar e Comunitária;
- Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas.

Assuntos administrativos e financeiros

- Relatório sobre a arrecadação de cotas;
- Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008;
- Modificações do Regulamento Financeiro e das regras financeiras;
- Projetos com uso de receita do orçamento-programa que exceda o orçamento ordinário de trabalho efetivo autorizado;
- Proposta do estabelecimento de um comitê de auditoria.

Assuntos de Pessoal

- Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA;
- Reforma contratual na OPAS;
- Declaração pelo representante da Associação de Pessoal da RSPA.

Assuntos de Informação

- Orçamento-Programa da OMS 2010-2011;
- Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008-2013 Emendado (Rascunho);
- Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão;
- Relatório de progresso sobre assuntos técnicos:
 - a) Regulamento Sanitário Internacional (*Inclui relatório sobre a Pandemia [H1N1] 2009*),
 - b) Mesa redonda sobre hospitais seguros: preparativos,
 - c) Painel de discussão sobre a aliança Pan-americana pela Nutrição e Desenvolvimento para o alcance dos ODMs: preparativos.
- Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:
 - a) Resoluções e outras ações da 62a Assembléia Mundial de Saúde,
 - b) Resoluções e outras ações da 39a Assembleia Geral da OEA,
 - c) Relatório sobre a quinta Cúpula das Américas.
- Relatório de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros:
 - a) Estado da execução das normas internacionais de contabilidade do setor público (IPSAS),
 - b) Fundo Mestre de Investimento de Capital.

9. Na 144^a Sessão o Comitê Executivo adotou 25 resoluções e duas decisões, que aparecem, junto com um resumo da apresentação e discussão sobre cada tema, no relatório final da 144^a Sessão (anexo C).

Anexos



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



143ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 3 de outubro de 2008

CD49/2 (Port.)
Anexo A

CE143/FR (Port.)
3 de outubro de 2008
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

CONTEÚDO

	<i>Página</i>
Abertura da sessão	4
Assuntos procedimentais	
Autoridades	4
Aprovação da agenda	5
Assuntos do subcomitê	
Eleição de um membro ao Subcomitê de Programas, Orçamento, e Administração	5
Assuntos dos corpos diretivos	
Datas e temas propostos para a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração	5
Datas e temas propostos para a 144ª Sessão do Comitê Executivo	6
Datas do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos relativos aos funcionários	
Execução de reforma contratual das Nações Unidas na OPAS	8
Encerramento da sessão	9
Resoluções e decisões	9
<i>Resoluções</i>	
CE143.R1 Execução de Reforma Contratual das Nações Unidas na OPAS	9
<i>Decisões</i>	
CE143(D1) Eleição da Mesa Diretora	10
CE143(D2) Aprovação da agenda	10
CE143(D3) Eleição de um membro ao Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração	10
CE143(D4) Datas e temas propostos para a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração	10

CONTEÚDO (*cont.*)

Página

Decisões (*cont.*)

CE143(D5)	Datas e temas propostos para a 144 ^a Sessão do Comitê executivo	11
CE143(D6)	Datas do 49 ^o Conselho Diretor, 61 ^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	11

Anexo

Anexo. Agenda

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. A 143^a Sessão do Comitê Executivo foi realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., no dia 3 de outubro de 2008. Compareceram à sessão representantes dos seguintes nove Membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana: Argentina, Bolívia, Guatemala, Haiti, México, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai. Estiveram presentes como observadores representantes do Canadá e da Venezuela.

2. O Comitê também realizou uma reunião virtual para continuar a discussão sobre os temas a serem incluídos na 3^a Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração, na 144^a Sessão do Comitê Executivo e no 49^o Conselho Diretor. O relatório desta reunião pode ser encontrado no Documento CE143/FR, Anexo I, deste relatório.

3. A Dr. María Julia Muñoz (Uruguai, Vice-presidente, em fim de mandato, do Comitê Executivo) abriu a 143^a Sessão e deu boas-vindas aos participantes, estendendo um acolhimento especial aos novos membros eleitos pelo recente 48^o Conselho Diretor—Argentina, Guatemala e Haiti—e agradecendo aos membros que concluem seus mandatos, Antígua e Barbuda, Chile e Panamá, e pelos serviços prestados ao Comitê.

Assuntos procedimentais

Autoridades

4. Em conformidade com o Artigo 15 do Regulamento Interno, o Comitê elegeu os seguintes Estados Membros para atuarem como autoridades pelo período outubro de 2008 a outubro de 2009 (Decisão CE143(D1)) :

<i>Presidente:</i>	Uruguai	(Dra. María Julia Muñoz)
<i>Vice-presidente:</i>	Suriname	(Dr. Celsius Waterberg)
<i>Relator:</i>	México	(Dr. Fernando Meneses González)

5. A Dra. Mirta Roses Periago, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), atuou como Secretária *ex officio*, e a Dr. Cristina Beato, Diretora Adjunta da RSPA, atuou como Secretária Técnica.

Aprovação da agenda (documento CE143/1)

6. Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno, o Comitê adotou a agenda provisória preparada pela Diretora (Decisão CE143(D2)) .

Assuntos do subcomitê

Eleição de um membro ao Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração

7. O Comitê elegeu a Guatemala para compor o Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração ao término do mandato do Chile no Comitê Executivo. O Comitê expressou o agradecimento ao Chile por seus serviços. (Decisão CE143(D3)) .

Assuntos dos corpos diretivos

Datas e temas propostos para a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração

8. A Diretora propôs que a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração (SPBA) seja realizada de 11 a 13 de março de 2009. Também foram propostos os seguintes itens para a discussão pelo SPBA:

- Projeto de orçamento para programas da Organização Mundial da Saúde para 2010-2011
- Projeto de orçamento para programas da OPAS para 2010-2011
- Nova escala de avaliação de contribuição de cotas a ser aplicada ao projeto de orçamento de 2010-2011
- Revisão periódica das contribuições de cotas
- Relatório sobre a situação dos projetos financiados pelo Fundo Mestre, a ser apresentada ao SPBA em conformidade com Resolução de Conselhos Diretores CD48.R1

9. A Diretora sugeriu que, como tem sido a prática em anos anteriores, o Comitê talvez queira permitir um período de aproximadamente um mês para a conclusão da agenda. Durante esta período, a Secretaria faria uma avaliação dos requisitos

relacionados à apresentação de informes periódicos, aos mandatos recebidos pelo recém concluído 48º Conselho Diretor e a qualquer proposta à agenda requisitada pelos Estados Membros. A agenda provisória para 3ª Sessão do Subcomitê seria posteriormente divulgada aos membros do Comitê para a aprovação por meios eletrônicos.

10. Um Estado Membro solicitou que o Subcomitê e posteriormente o Comitê Executivo realizassem um exame substancial do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS em 2009.

11. O Comitê Executivo decidiu que a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração seria realizada de 11 a 13 de março de 2009 e concordou que a Secretaria elaborasse a agenda o mais tardar em 10 de novembro de 2008, levando em consideração qualquer proposta apresentada pelos Estados Membros, bem como itens que fossem obrigatórios segundo o ciclo de planejamento da Organização e resoluções dos Órgãos Diretivos (Decisão CE143(D4)).

Datas e temas propostos para a 144ª Sessão do Comitê Executivo

12. A Diretora propôs que a 144ª Sessão do Comitê seja realizada de 22 a 26 de junho de 2009, propondo a seguinte lista de tópicos para possível consideração pelos Órgãos Diretivos em 2009. Foi observado que vários destes foram propostos pelos Estados Membros para a consideração em 2008, tendo sido, porém diferidos para 2009:

- Saúde de pessoas de idade
- Violência intrafamiliar, especialmente a violência contra a mulher
- Programa Regional de Vacinação e Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas
- Controle e eliminação de doenças negligenciadas e de outras doenças transmissíveis na América Latina e no Caribe, inclusive a reformulação da meta para eliminação da ‘doença de Chagas’
- Estratégia e Plano de Ação Regional para um enfoque integrado na prevenção e controle do câncer
- Plano regional de ação para implantar políticas de igualdade de gênero da OPAS no período 2009-2014
- Plano regional de ação para melhoria da saúde de jovens e adolescentes para o período 2010-2018
- Política estrutural de doação e transplante de órgãos
- Saúde mental
- Política da OPAS para pesquisa na área de saúde

- Política de publicações e comunicação da OPAS
13. Os Estados Membros propuseram os seguintes itens adicionais:
- Relatório do progresso das Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na Região
 - Prevenção e controle de câncer de mama na Região
 - Saúde familiar, comunitária e intercultural
 - Crescimento e desenvolvimento infantil
 - Distúrbios dietéticos, inclusive anorexia e bulimia
14. Foi sugerido que os dois últimos tópicos sejam discutidos juntamente com o tópico saúde dos adolescentes.
15. A Diretora propôs que um período de aproximadamente um mês deve ser alocado. Durante este tempo, a Secretaria realizaria uma análise minuciosa de modo a identificar itens que requeiram relatórios de avanço antes da emissão de resoluções pelos Órgãos Diretivos. Os diversos itens propostos pelos Estados Membros seriam priorizados, e tempo considerável seria alocado para as questões orçamentárias em 2009. O corpo técnico da OPAS também consultaria os Estados Membros para determinar a abordagem a se ser adotada nos diversos itens propostos, tal como consultas—fundamentais para assegurar consenso nas resoluções—que com o tempo avançariam para o Conselho Diretor. Posteriormente, a Secretaria formularia uma agenda provisória e divulgaria aos Membros o mais tardar em 10 de novembro de 2008.
16. O Comitê aceitou esta sugestão e decidiu realizar sua 144^a Sessão no período de 22 a 26 de junho de 2009 (Decisão CE143(D5)) .

Datas do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

17. A Diretora propôs que o 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, seja realizado na sede a OPAS em Washington, D.C., de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009.
18. Um Membro observou que as datas propostas coincidiriam com o início do ano fiscal de seu país, o que dificultaria a participação de sua delegação, e solicitou que o Comitê considere a possibilidade de programar a sessão para a última semana de setembro.
19. A Diretora assinalou que a última semana de setembro coincidiria com o evento de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas, o que representaria conflitos de

agenda para algumas delegações e criaria problemas logísticos para a OPAS, em particular no que se refere à contratação de intérpretes. Além disso, as Sessões do Conselho Diretor tiveram que ser programadas levando-se em consideração as datas dos outros cinco Comitês Regionais da OMS que se reuniram consecutivamente do final de agosto ao início de setembro. Tradicionalmente, o Conselho Diretor da OPAS se reunia ao final do ciclo das sessões dos Comitês Regionais. Contudo, a Diretora se comprometeu a consultar outros Diretores Regionais e avaliar as possibilidades de alterar as datas. Nesse ínterim, ficou sugerido que o Comitê aprove tentativamente as datas propostas.

20. Levando isso em consideração, o Comitê decidiu que o 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, seria realizado na sede a OPAS em Washington, D.C., de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009 (Decisão CE143(D6)).

Assuntos relativos aos funcionários

Execução de reforma contratual das Nações Unidas na OPAS (documento CE143/2)

21. A Sra. Diane Arnold (Gerente de Área, Gestão de Recursos Humanos, OPAS) recordou que, na 140ª Sessão, o Comitê Executivo havia confirmado várias emendas ao Regulamento de Funcionários de OPAS em relação à reforma contratual, com o entendimento que a OPAS não as executaria até que a Assembleia Geral das Nações Unidas concluísse suas considerações sobre disposições contratuais e condições de serviço, o que ainda não havia ocorrido. A Secretaria da OPAS havia examinado as mudanças aprovadas e sentiu firmemente que uma das emendas poderia ser executada de imediato, independentemente das outras. Esta alteração corresponderia à contratação de consultores. Segundo o sistema atual, os consultores são considerados como funcionários da Organização, tendo, portanto, os mesmos direitos e benefícios dos outros funcionários da OPAS. A OMS havia recentemente modificado suas regras de funcionários, convertendo consultores em não-funcionários. A OPAS propunha seguir o exemplo. A mudança significativa reduziria os custos e diminuiria a carga administrativa da Organização. O Documento CE143/2 proporcionou detalhes sobre as vantagens de implementar a mudança de imediato.

22. O Comitê Executivo adotou, com uma pequena mudança de redação, o projeto de resolução contido em Documento CE143/2, autorizando a Diretora a executar, a partir de 1 de janeiro de 2009, as emendas de Regulamento de Funcionários que mudariam a *status quo* dos consultores de curto prazo na OPAS para o *status* de não-funcionário das Nações Unidas (Resolução CE143.R1).

Encerramento da sessão

23. Depois do intercâmbio usual das cortesias, a Presidente declarou a 143ª Sessão encerrada.

Resoluções e decisões

Resoluções

24. O Comitê Executivo adotou a seguinte resolução na sua 143ª Sessão:

CE143.R1 Execução de Reforma Contratual das Nações Unidas na OPAS

A 143ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando as emendas de Regulamento de Funcionários confirmadas durante a 140ª Sessão do Comitê Executivo (CE140.R14), referente à reforma dos mecanismos contratuais da OPAS, para os quais a execução está pendente, aguardando aprovação do Comitê Executivo;

Reconhecendo que a maioria dos consultores dos organismos das Nações Unidas não são funcionários das Nações Unidas, e que a questão do *status quo* dos consultores não é parte da estrutura de reforma contratual das Nações Unidas;

Reconhecendo a necessidade de reduzir a carga administrativa associada à gestão de contratos de curto prazo na OPAS; e

Reconhecendo a necessidade de uniformidade de condições de emprego dos consultores da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde,

RESOLVE:

Autorizar a Diretora a executar, a partir de 1 de janeiro de 2009, estas emendas de Regulamento de Funcionários, confirmadas durante a 140ª Sessão do Comitê Executivo alterando o *status quo* dos consultores de curto prazo na OPAS para o de não-funcionário das Nações Unidas.

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

Decisões

25. Segue abaixo as decisões tomadas pelo Comitê Executivo no curso da 143ª Sessão:

CE143(D1) Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 15 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, foram eleitos os seguintes Membros a constituir a mesa diretora pelo período de outubro de 2008 até outubro de 2009:

Presidente:	Uruguai
Vice-presidente:	Suriname
Relator:	México

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

CE143(D2) Aprovação da agenda

Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, foi adotada a agenda apresentada pela Diretora (Documento CE143/1).

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

CE143(D3) Eleição de um membro ao Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração

O Comitê Executivo elegeu a Guatemala para compor o Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração.

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

CE143(D4) Datas e temas propostos para a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração

O Comitê decidiu que a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração seria realizada de 11 a 13 de março de 2009. O Comitê concordou com a formulação da agenda provisória apresentada pela Secretaria e definiu que a divulgação

seria feita aos membros do Comitê no mais tardar em 10 de novembro de 2009, levando em consideração quaisquer insumos sobre os itens recebidos e propostos pelos Estados Membros.

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

CE143(D5) Datas e temas propostos para a 144ª Sessão do Comitê Executivo

Em conformidade com o Artigo 17.A da Constituição da OPAS, o Comitê fixou as datas para o seu primeiro período ordinário de sessões do ano de 2009, a 144ª Sessão, a ser realizada de 22 a 26 de junho de 2009. O Comitê concordou com que a Secretaria formulasse a agenda provisória e a divulgasse aos membros do Comitê o mais tardar em 10 de novembro de 2008, levando em consideração quaisquer insumos recebidos e/ou itens propostos pelos Estados Membros.

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

CE143(D6) Datas do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o Artigo 12.A da Constituição da OPAS e artigo 1 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Comitê autorizou a Diretora a convocar o 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, em Washington, D.C., de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009.

(reunião plenária única de 3 de outubro de 2008)

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do Comitê Executivo e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente Relatório Final nos idiomas espanhol e inglês, ambos os textos igualmente autênticos.

REALIZADO em Washington, D.C., Estados Unidos, neste terceiro dia de outubro no ano dois mil oito. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias aos Estados Membros da Organização.

Muñoz de Julia Maria
Delegada do Uruguai
Presidente da 143^a Sessão
do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária *ex officio* da 143^a Sessão
do Comitê Executivo

AGENDA

- 1. Abertura da sessão**
- 2. Assuntos procedimentais**
 - 2.1 Eleição do presidente, vice-presidente e relator do Comitê Executivo
 - 2.2 Aprovação da agenda
- 3. Assuntos do subcomitê**
 - 3.1 Eleição de um Membro do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração ao término do mandato no Comitê Executivo do Chile
- 4. Assuntos dos corpos diretivos**
 - 4.1 Datas e temas propostos para a 3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração
 - 4.2 Datas e temas propostos para a 144ª Sessão do Comitê executivo
 - 4.3 Datas do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 5. Assuntos relativos aos funcionários**
 - 5.1 Execução de Reforma Contratual das Nações Unidas na OPAS
- 6. Outros assuntos**
- 7. Encerramento da Sessão**

- - -



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



REUNIÃO VIRTUAL DA 143ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 7 de novembro de 2008

CD49/2 (Port.)
Anexo B

CE143/FR, Add. I (Port.)
7 de novembro de 2008
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA REUNIÃO VIRTUAL

1. O Comitê Executivo realizou uma reunião por teleconferência no dia 7 de novembro de 2008, visando continuar suas discussões sobre os temas a serem incluídos nas agendas das sessões dos Órgãos Diretivos da OPAS em 2009.
2. Os delegados dos seguintes membros dos Comitês participaram da reunião pela Internet: Argentina, Bolívia, Guatemala, México, Suriname, EUA e Uruguai. Os delegados do Haiti e de Trinidad e Tobago não puderam participar. Os delegados do Canadá e da Venezuela participaram como observadores.
3. O Dr. Jorge Basso (Uruguai, Presidente do Comitê Executivo) presidiu a reunião, e a Dr. Cristina Beato (Diretora Adjunta, RSPA) atuou como Secretária Técnica.

Assuntos procedimentais

Aprovação da agenda (documento CE143/1, Add. I)

4. A agenda provisória preparada pela Diretora foi adotada (ver anexo A).

Assuntos dos corpos diretivos

Lista de Temas a serem Discutidos nas sessões dos Órgãos Diretivos da OPAS em 2009 (Documento CE143/3 e CE143/3, Rev. 1)

5. O Presidente convidou o Comitê a expressar sua opinião sobre uma lista tentativa de temas das sessões dos Órgãos Diretivos em 2009 (Documento CE143/3, ver Anexo B).

6. Foi sugerido que dois dos temas propostos para consideração pelo Comitê Executivo na sua 144^a Sessão devem ser preteridos uma vez que estes seriam considerados pelo Conselho Executivo da OMS e pela Assembleia Mundial da Saúde em 2009: itens 10 (Política de Pesquisa em Saúde) e 14 (Estrutura da Política para Doação de Órgãos e Transplantes). Assinalou-se que a Assembleia da Saúde seguramente adotaria as resoluções sobre ambos os assuntos em maio de 2009, e o sentimento foi de que a OPAS deveria aguardar ao menos até 2010 para examinar a necessidade de adaptar estas decisões sobre políticas globais, e definir como fazê-lo no âmbito regional. Com relação ao item 10, também foi assinalado que o Fórum Global para a Pesquisa em Saúde se reuniria em Cuba em novembro de 2009, e sugerido que talvez seja preferível que os Órgãos Diretivos da OPAS discutam o assunto após este evento.

7. Foi também sugerido que o item 16 (Promoção do Uso Racional de Medicamentos Essenciais em Sistemas de Saúde com Enfoque sobre a Atenção Primária à Saúde) deve ser removido da lista, uma vez que várias resoluções já foram adotadas neste mesmo item há alguns anos, tanto na esfera regional como na global. Além disso, as Resoluções WHA60.16 (Progresso de Uso Racional dos Medicamentos) e WHA60.20 (Melhores Medicamentos para Crianças), foram recentemente adotadas em 2007. Um delegado chamou a atenção para o fato de que estas duas resoluções ainda não haviam sido plenamente implantadas pelos Estados Membros ou pela Secretaria, e questionou a relevância de outra discussão sobre o tema em 2009. Outro delegado buscou esclarecimento sobre a justificação apresentada pela Secretaria que ao propor a elaboração de um documento sobre uma política relativa à questão.

8. Alguns delegados sentiram que a lista era demasiado extensa e enfatizou que o Comitê Executivo tem a responsabilidade de fixar agendas exequíveis para o Conselho Diretor, o que significaria limitar o número de itens de sua própria agenda. Foi lembrado que o programa para a 142^a Sessão havia sido tão pesado que fora necessário realizar uma sessão especial para que o Comitê concluísse as considerações de todos os itens. Assinalou-se que a realização de tais sessões especiais e de reuniões virtuais é onerosa para a Organização do ponto de vista de tempo e de recursos financeiros, enfatizando-se que a tendência de organizar programas excessivamente ambiciosos deve chegar ao fim.

9. Outros delegados realçaram a importância para seus países dos temas Pesquisa em Saúde e Doação de Órgãos e Transplantes, e instaram que estes sejam discutidos pelos Órgãos Diretivos em 2009. Foi destacado o trabalho já realizado na área de Doação e Transplantes de Órgãos pela Red - Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (Rede-Conselho Ibero-Americano de Doação e Transplante). Assinalou-se que a questão foi inicialmente proposta para a inclusão nas agendas dos Órgãos Diretivos em 2006, e que já havia sido prorrogada várias vezes. Dada a necessidade urgente de fortalecer a doação nacional de órgãos e programas de transplante, estes delegados sentiram que a discussão do tema dentro de OPAS não deve ser prorrogada ainda mais. Os delegados também foram a favor da retenção do item 16, observando que o Uso Racional de

Medicamentos e o item Atenção Primária à Saúde foram questões prioritárias para os sistemas de saúde de muitos dos países da Região. Segundo estes, a Secretaria deve determinar se as listas de temas proposta foi demasiado extensa.

10. Um delegado destacou a importância dos distúrbios dietéticos como a anorexia e bulimia como problemas de saúde pública, e lembrou que foi proposto durante o 48º Conselho Diretor que os Órgãos Diretivos devem discutir esta questão durante 2009. Outro delegado sugeriu que os distúrbios dietéticos poderiam ser discutidos no contexto da saúde mental (tema 11 da lista de temas proposta para a 144ª Sessão do Comitê Executivo).

11. Foi solicitado que a Secretaria providencie mais informações referentes ao conteúdo do item 17 (Sistemas Integrados de Atendimento com base na Atenção Primária à Saúde) para assegurar que o título do item referente ao Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas seja uniforme nas agendas do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, Comitê Executivo e Conselho Diretor. Com o intuito de encurtar o programa, foi proposto que os itens 33 (Resoluções e outras Ações da 62ª Assembleia Mundial da Saúde de interesse de OPAS), 34 (Resoluções e outras Ações do 39º período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos de interesse de OPAS), e 35 (Relatório sobre a 5ª Cúpula das Américas) sejam consolidados em um único item contendo um relatório sucinto—a ser preparado—dos três eventos.

12. A Dra. Socorro Gross (Subdiretora, RSPA) forneceu antecedentes sobre o item 17 e recordou que a Consulta Regional sobre a renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas, realizadas em 2005 em Montevideu, Uruguai, havia criado a base para o desenvolvimento de uma estrutura conceitual sobre sistemas integrados de saúde. Nos anos anteriores, foi elaborado um documento sobre o tema, e foram realizadas diversas consultas no âmbito nacional. O documento estaria atualmente pronto para ser considerado pelos Órgãos Diretivos, e representaria a estrutura de política para trabalhos futuros orientados a dois problemas cruciais na organização dos sistemas de saúde: a fragmentação dos serviços de saúde e a falta de integração entre os níveis de atenção e os provedores.

13. Com respeito ao item 10, foi observado que as avaliações do desempenho das funções essenciais da saúde pública apontaram a Pesquisa em Saúde como uma das áreas com maior necessidade de fortalecimento. Além disso, a Cúpula Ministerial sobre a Pesquisa em Saúde realizada no México em 2004 havia salientado a necessidade de uma política regional de pesquisa em saúde para apoiar a formulação e o fortalecimento das políticas nacionais na mesma área. Quanto ao tema Doação e Transplantes de Órgãos, a Dra. Socorro Gross afirmou que é importante estabelecer uma estrutura política regional em função da crescente demanda por transplantes de órgãos na Região, e definir a necessidade de diretrizes políticas—particularmente na área jurídica—relacionadas a programas para a organização e gestão da Doação e Transplante de Órgãos.

14. Em relação ao item sobre uso racional de medicamentos essenciais, foi observado que a resolução sobre o tema adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2007 (WHA60.16) havia fornecido uma ampla estrutura geral, porém esta não fora muito útil para o desenvolvimento de estruturas conceituais na facilitação do trabalho no âmbito nacional. Portanto, considerou-se importante desenvolver uma estrutura de políticas mais especificamente adaptadas às necessidades da Região. A Dra. Socorro Gross enfatizou, porém, que qualquer trabalho realizado no tópico no âmbito regional levaria em consideração a estrutura global de política definida pela Resolução WHA60.16.

15. O Dr. Beato declarou que a Secretaria mudaria o título do item relacionado ao Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas para “Mecanismos de Licitação para a Aquisição das Provisões Estratégicas da OPAS, inclusive Vacinas” para que fosse compatível com o título do elemento considerado pelo 48º Conselho Diretor em outubro de 2008. Também foi esclarecido que as listas dos temas propostos formulados pela Secretaria incluíam assuntos nos quais eram necessários relatórios, em conformidade com as resoluções anteriores dos Órgãos Diretivos e com os itens que propostos pelos Estados Membros. A inclusão de diversos itens nestas listas não implicou que a Secretaria acreditasse que todos pudessem ser discutidos no tempo disponível. A finalidade da reunião virtual foi determinar quais itens deveriam ser retidos para consideração em 2009 e quais deveriam ser eliminados ou prorrogados, sendo que, em última instância, o objetivo principal é garantir que o Conselho Diretor tenha um encontro produtivo.

16. Após discussões adicionais, foi acordado que o item sobre os Sistemas Integrados de Saúde que tem por base a abordagem de atenção primária à saúde permaneceria na pauta do Órgão Diretivo para 2009—bem como o item sobre doação e transplante de órgãos—com a condição de que a Secretaria ficasse totalmente responsável pelas discussões e decisões emanadas da reunião do Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2009 e da Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2009. Além disso, a Secretaria deveria estar preparada para revisar o documento de OPAS sobre o a Doação de Órgãos e Transplantes antes da 144ª Sessão do Comitê Executivo em junho. Também se acorda que a consideração dos itens sobre a Política de Pesquisa em Saúde e Uso Racional dos Medicamentos essenciais seria prorrogada até 2010, embora o trabalho já em andamento nestes temas continuaria seu curso. O Comitê concordou ainda que os itens 33, 34 e 35 seriam consolidados em um único, e que a questão dos distúrbios dietéticos seriam considerados sob o item saúde mental.

17. As decisões previamente mencionadas podem ser encontradas em uma versão revisada da lista de itens proposta (Documento CE143/3, Rev.1, ver Anexo C).

Anexos

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do Comitê Executivo e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente Relatório Final nos idiomas espanhol e inglês, ambos os textos igualmente autênticos.

FEITO em Washington, D.C., Estados Unidos, neste sétimo dia de novembro do ano de dois mil e oito. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias dos mesmos aos Estados Membros da Organização.

María Julia Muñoz
Delegada do Uruguai
Presidente da 143^a Sessão
do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretário *ex officio* da 143^a Sessão
do Comitê Executivo

AGENDA

- 1. ABERTURA DA REUNIÃO VIRTUAL**
- 2. ASSUNTOS PROCEDIMENTAIS**
 - 2.1 Aprovação da agenda
- 3. ASSUNTOS DOS CORPOS DIRETIVOS**
 - 3.1 Lista de Tópicos a serem Discutidos em sessões do Corpo Diretivo da OPAS em 2009
- 4. OUTROS ASSUNTOS**
- 5. ENCERRAMENTO DA REUNIÃO VIRTUAL**

**LISTA TENTATIVA DE TÓPICOS PARA AS SESSÕES
DOS CORPOS DIRETIVOS EM 2009**

3ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração

1. Estado da Nova Escala de Contribuição de Cotas
2. Relatório financeiro parcial da Diretora para 2008
3. Estado da Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
4. Mecanismos de Licitação para aquisição das Provisões Estratégicas da OPAS, inclusive Vacinas
5. Emendas ao Regulamento de Funcionários da RSPA
6. Reforma contratual
7. Atualização de estado da revisão institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
8. Revisão institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
9. Organizações Não Governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
10. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da OMS para o período 2010-2011
11. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da RSPA para o período 2010-2011
12. Plano Quinquenal de Ação Regional (2009-2014) para Execução da Política de Igualdade de Gênero
13. Serviços de Supervisão Interna da RSPA
14. Relatório periódico sobre execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
15. Relatório sobre a Situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo

144ª Sessão do Comitê Executivo

1. Relatório da 3ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
2. Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
3. Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
4. Organizações Não Governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
5. Edição 2009 do Prêmio OPAS em Gestão
6. Relatório Anual do Escritório de Ética
7. Saúde das Pessoas de Idade, inclusive o Envelhecimento Ativo e Saudável
8. Mecanismos de Licitação para a aquisição de Provisões Estratégicas para a OPAS , inclusive Vacinas
9. Eliminação de Doenças Negligenciadas e de outras Infecções correlatas na América Latina e no Caribe, inclusive reformulação de meta de eliminação da doença de Chagas
10. Política de pesquisa em saúde
11. Saúde mental
12. Plano regional de ação 2010-2018 para saúde de jovens e adolescentes
13. Plano Regional de Ação Quinquenal (2009-2014) para Execução da Política de Igualdade de Gênero
14. Estrutura de Política para Doação e Transplante de Órgãos
15. Documento sobre Política de Saúde e Turismo
16. Promoção de Uso Racional de Medicamentos Essenciais em Sistemas de Saúde com uma Abordagem de Saúde Primária
17. Sistemas integrados de Atendimento com base na Atenção Primária à Saúde
18. Hospitais seguros (relatório sobre preparativos para a mesa redonda)
19. Regulamento Sanitário Internacional
20. Estado da Nova Escala de Contribuição de Cotas
21. Relatório financeiro parcial da Diretora para 2008
22. Estado de execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
23. Serviços de Supervisão Interna da RSPA

144ª Sessão do Comitê Executivo (cont.)

24. Relatório periódico sobre execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
25. Relatório sobre a situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo
26. Minutado Projeto de Orçamento para Programas da OMS para o período de 2010-2011
27. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da RSPA para o período de 2010-2011
28. Atualização do *status* da Revisão Institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
29. Revisão Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
30. Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento para Alcançar os ODMs: Proposta de Trabalho Internacional e Integrado (relatório sobre os preparativos para o painel de discussão)
31. Confirmação de emendas ao Regulamento de Funcionários da RSPA
32. Reforma contratual
33. Declaração feita pelo representante da Associação de Funcionários da RSPA
34. Resoluções e outras Ações da WHA62 de interesse da OPAS
35. Resoluções e outras Ações do 39º Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da OEA de interesse da OPAS
36. Relatório sobre a quinta Cúpula das Américas
37. Celebração do 30º aniversário do Fundo Rotativo

49º CONSELHO DIRETOR

1. Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
2. Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
3. Eleição de três Estados Membros ao Comitê Executivo ao Término dos Mandatos de _____, _____, e _____
4. Saúde das Pessoas de Idade, inclusive o Envelhecimento Ativo e Saudável
5. Mecanismos de Licitação para as Provisões Estratégicas da OPAS, inclusive Vacinas

49º CONSELHO DIRETOR (*cont.*)

6. Eliminação de Doenças Negligenciadas e outras Infecções correlatas na América Latina e no Caribe, inclusive reformulação de meta de eliminação da doença de Chagas
7. Política de Pesquisa na Área de Saúde
8. Saúde mental
9. Plano Regional de Ação para Saúde de Jovens e Adolescentes referente ao período 2010-2018
10. Plano quinquenal de Ação Regional (2009-2014) para execução da Política de Igualdade de Gênero
11. Estrutura da Política para Doação e Transplante de Órgãos
12. Documento sobre Política de Saúde e Turismo
13. Promoção do Uso Racional de Medicamentos Essenciais em Sistemas de Saúde com uma Abordagem Primária de Saúde
14. Sistemas integrados de Atendimento com base na Atenção Primária à Saúde
15. Mesa redonda sobre Hospitais Seguros
16. Regulamento Sanitário Internacional
17. Estado da Nova Escala de Contribuição de Cotas
18. Relatório Financeiro parcial da Diretora para 2008
19. Estado de execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
20. Serviços de Supervisão Interna da RSPA
21. Relatório periódico sobre execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
22. Relatório sobre a situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo
23. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da OMS para o período 2010-2011
24. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da RSPA para o período 2010-2011
25. Atualização do *status* da Revisão Institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)

49º CONSELHO DIRETOR (cont.)

26. Revisão Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
27. Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento para Alcançar os ODMs: Proposta de Trabalho Internacional e Integrado (Painel de Discussão)
28. Reforma contratual
29. Resoluções e outras ações da WHA62 de interesse da OPAS
30. Resoluções e outras Ações do 39º Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da OEA de interesse da OPAS
31. Relatório sobre a quinta Cúpula das Américas
32. Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito a nomear um Representante para o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa de PNUD/Banco Mundial/OMS, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores sobre Reprodução Humana ao término dos mandatos de _____ e _____
33. Seleção de um Estado Membro da região das Américas com direito a nomear uma pessoa para compor a Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), ao Término do mandato de _____
34. Relatório sobre a Arrecadação da Contribuição de Cotas
35. Salário da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana e emenda do regulamento dos funcionários
36. Edição 2009 do Prêmio OPAS em Gestão
37. Edição 2009 do Prêmio Abraham Horwitz para Liderança Interamericana em Saúde
38. Edição 2009 do Prêmio Manuel Velasco-Suárez de bioética
39. Edição 2009 do Prêmio de Imunização
40. Celebração do 3º aniversário do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas

**LISTA DE TOPICOS PARA AS SESSÕES DOS
ÓRGÃOS DIRETIVOS EM 2009**

3ª Sessão do Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração

1. Estado da nova Escala de Contribuição de Cotas
2. Relatório financeiro parcial da Diretora para 2008
3. Estado de execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
4. Mecanismos de Licitação para a aquisição de Provisões Estratégicas da OPAS, inclusive Vacinas
5. Emendas ao Regulamento de Funcionários da RSPA
6. Reforma contratual
7. Atualização de Estado da Revisão Institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
8. Revisão Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
9. Organizações Não Governamentais em Relações Oficiais com a OPAS
10. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da OMS para 2010-2011
11. Minuta do Projeto de Orçamento para Programas da RSPA para 2010-2011
12. Plano Quinquenal de Ação Regional (2009-2014) para Execução da Política de Igualdade de Gênero
13. Serviços de Supervisão Interna da RSPA
14. Relatório periódico sobre execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
15. Relatório sobre a Situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo
16. Mudanças nos Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão

144ª Sessão do Comitê Executivo

1. Relatório da 3ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
2. Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
3. Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do comitê regional da OMS para as Américas
4. Organizações Não Governamentais com Relações Oficiais com a OPAS
5. Edição 2009 do Prêmio OPAS em Gestão
6. Relatório anual do Escritório de Ética
7. Saúde das Pessoas de Idade, inclusive o Envelhecimento Ativo e Saudável
8. Mecanismos de Licitação para aquisição de Provisões Estratégicas para a OPAS, inclusive Vacinas
9. Eliminação de Doenças Negligenciadas e de outras Infecções correlatas na América Latina e no Caribe, inclusive reformulação de meta de eliminação da doença de Chagas
10. Política de Pesquisas na Área de Saúde (Recomendado ser tratado em 2010 após a resolução da AMS em maio de 2009)
11. Saúde mental (Recomendada a inclusão de anorexia, bulimia, e de outros distúrbios dietéticos)
12. Plano regional de ação para saúde jovens e adolescentes 2010-2018
13. Plano Quinquenal de Ação Regional (2009-2014) para Execução da Política de Igualdade de Gênero
14. Estrutura da Política para Doação de Órgãos e Transplantes (que inclua decisões da AMS em maio de 2009)
15. Documento sobre Políticas de Saúde Turismo
16. Sistemas integrados de atendimento com base na Atenção Primária à Saúde
17. Hospitais Seguros (relatório sobre preparativos para a mesa redonda)
18. Regulamento Sanitário Internacional
19. Estado da Nova Escala de Contribuição de Cotas
20. Relatório financeiro parcial da Diretora para 2008

144ª Sessão do Comitê Executivo (cont.)

21. Estado da Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
22. Serviços de Supervisão Interna da RSPA
23. Relatório periódico sobre a execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
24. Relatório sobre a situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo
25. Minutado Projeto de Orçamento para Programas da OMS para o período 2010-2011
26. Minutado Projeto de Orçamento para Programas da RSPA para o período 2010-2011
27. Atualização de estado da Revisão Institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
28. Revisão institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
29. Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento para Alcançar os ODMs: Proposta de Trabalho Internacional e Integrado (relatório sobre os preparativos para o painel de discussão)
30. Confirmação de Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA
31. Reforma contratual
32. Declaração do representante da Associação de Funcionários da RSPA
33. Esses três itens devem ser condensados e constar em um único documento:
 - Resoluções e outras Ações de WHA62 de interesse da OPAS
 - Resoluções e outras Ações do 39º Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da OEA de interesse da OPAS
 - Relatório sobre a quinta Cúpula das Américas
34. Mudanças nos Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão

49º CONSELHO DIRETOR

1. Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo
2. Relatório anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana

49º CONSELHO DIRETOR (cont.)

3. Eleição de três Estados Membros ao Comitê Executivo ao término de mandatos de Trinidad e Tobago, Estados Unidos da América e Uruguai
4. Saúde das Pessoas de Idade, inclusive o Envelhecimento Ativo e Saudável
5. Mecanismos de Licitação para a aquisição de provisões estratégicas para a OPAS, inclusive Vacinas
6. Eliminação de Doenças Negligenciadas e de outras Infecções correlatas na América Latina e no Caribe, inclusive reformulação de meta de eliminação da doença de Chagas
7. Política de Pesquisa na Área de Saúde (Recomendado para discussão em 2010 após a resolução da AMS em maio de 2009)
8. Saúde mental (Recomendado a inclusão da anorexia, bulimia, e de outros distúrbios dietéticos)
9. Plano Regional de Ação para Saúde de Jovens e Adolescentes para o período de 2010-2018
10. Plano Quinquenal de Ação Regional (2009-2014) para Execução da Política de Igualdade de Gênero
11. Estrutura de política para Doação de Órgãos e Transplantes (que inclua decisões da AMS em maio de 2009)
12. Documento sobre Políticas de Saúde e Turismo
13. Sistemas integrados de Atendimento com base na Atenção Primária à Saúde
14. Mesa redonda sobre Hospitais Seguros
15. Regulamento Sanitário Internacional
16. Estado da Nova Escala de Contribuição de Cotas
17. Relatório financeiro parcial da Diretora para 2008
18. Estado de execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
19. Serviços de Supervisão Interna da RSPA
20. Relatório anual do Escritório de Ética (a ser confirmado)
21. Relatório periódico sobre execução do Fundo Mestre de Investimento de Capital
22. Relatório sobre a situação dos Projetos Aprovados usando-se a receita do Orçamento por Programas recebida em excedente ao orçamento ordinário de trabalho efetivo

49º CONSELHO DIRETOR (*cont.*)

23. Minutado Projeto de Orçamento para Programas da OMS referente ao período 2010-2011
24. Minutado Projeto de Orçamento para Programas da RSPA referente ao período 2010-2011
25. Atualização de estado da Revisão Institucional do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
26. Revisão Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
27. Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento para Alcançar os ODMs: Proposta de Trabalho Internacional e Integrado (Painel de Discussão)
28. Reforma contratual
29. Esses três itens devem ser condensados em um único documento:
 - Resoluções e outras ações de WHA62 de interesse da OPAS
 - Resoluções e outras ações do 39º Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da OEA de interesse da OPAS
 - Relatório sobre a quinta Cúpula das Américas
30. Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito à nomeação de um representante para o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Investigações de PNUD/Banco Mundial/OMS, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores sobre Reprodução Humana ao término dos mandatos da Argentina e México
31. Seleção de um Estado Membro da região das Américas com direito a nomear uma pessoa para compor a Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais de UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), ao término do mandato do Brasil
32. Relatório sobre a Arrecadação da Contribuição de Cotas
33. Salário da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana e emenda do regulamento de funcionários
34. Edição 2009 do Prêmio OPAS de Gestão
35. Edição 2009 do Prêmio Abraham Horwitz para Liderança Interamericana em Saúde
36. Edição 2009 do Prêmio Manuel Velasco-Suárez de Bioética
37. Edição 2009 de Prêmio de Imunização

49º CONSELHO DIRETOR (*cont.*)

38. Celebração do 30º Aniversário do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas

39. Mudanças nos Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR

61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

CD49/2 (Port.)
Anexo C

CE144/FR (Port.)
31 de julho de 2009
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Abertura da sessão	6
Assuntos relativos ao regulamento	
Autoridades	6
Aprovação da agenda e programa de reuniões	7
Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos relativos ao Subcomitê	
Relatório sobre a terceira sessão e sessão especial do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração	8
Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS	8
Prêmio OPAS em Administração, 2009	9
Relatório anual do Escritório de Ética	10
Assuntos relativos à política dos programas	
Projeto de orçamento por programas da OPAS para 2010-2011	12
Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012 modificado	18
Nova escala de quotas	21
Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo envelhecimento ativo e saudável	23
Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza	25
Política de pesquisa para a saúde	27
Estratégia e plano de ação sobre saúde mental	31
Plano de ação sobre a saúde do adolescente e jovem	33
Plano de ação para aplicação da política de igualdade de gênero	35
Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos	37
Saúde e turismo	39
Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde	40
Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	43
Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)	45

SUMÁRIO (cont.)

Página

Assuntos relativos à política dos programas (cont.)

Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual.....	46
Saúde familiar e comunitária	47
Fundo Rotativo da OPAS para compra de vacinas.....	48

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação das quotas	54
Relatório financeiro parcial da Diretora para a 2008.....	55
Modificações do Regulamento Financeiro e Regras Financeiras.....	57
Projetos que utilizam a renda do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo	59
Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria	60

Assuntos relativos ao pessoal

Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA.....	61
Reforma do sistema de contratação na OPAS	62
Intervenção do representante da Associação de Pessoal da RSPA.....	63

Assuntos de informação geral

Orçamento por programas da OMS para 2010-2011 e Plano Estratégico da OMS para 2008-2013 modificado.....	65
Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão	65
Relatório sobre assuntos técnicos	67
Regulamento Sanitário Internacional,(inclui relatório sobre a pandemia [H1N1] 2009)	67
Preparativos para a mesa-redonda sobre hospitais seguros	70
Preparativos para o painel sobre a Aliança Pan-Americana sobre Nutrição e Desenvolvimento para atingir os ODM	70
Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS.....	71
Relatórios sobre assuntos administrativos e financeiros.....	73
Implementação das Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público (IPSAS)	73
Fundo Mestre de Investimento de Capital	74

SUMÁRIO (cont.)

Página

Outros assuntos 75

Encerramento da Sessão..... 75

Resoluções e Decisões..... 75

Resoluções

CE144.R1	Proposta de criação de um comitê de auditoria	76
CE144.R2, Corrig.	Arrecadação das quotas.....	81
CE144.R3	Exame das organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS	83
CE144.R4	Plano de ação para a execução da política em matéria de igualdade de gênero	84
CE144.R5	Saúde familiar e comunitária	86
CE144.R6	Plano de ação sobre a saúde dos adolescentes e jovens.....	88
CE144.R7	Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde	93
CE144.R8	Estratégia e plano de ação sobre saúde mental	95
CE144.R9	Plano de ação para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais evitáveis.....	98
CE144.R10	Projeto de Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012 modificado.....	100
CE144.R11	Eliminação das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza	101
CE144.R12	Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos	114
CE144.R13	Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável	
CE144.R14	Saúde e turismo.....	116
CE144.R15	Modificações do Regulamento e Estatuto de Pessoal da RSPA	122
CE144.R16	Reforma do sistema de contratação da Organização	124
CE144.R17	Modificações do Regulamento Financeiro e Regras Financeiras	125
CE144.R18	Nova escala de quotas para o período orçamentário 2010-2011	126
CE144.R19	Política sobre pesquisa para a saúde	128

SUMÁRIO (cont.)

Resoluções (cont.)

CE144.R20	Revisão institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)	133
CE144.R21	Projeto de orçamento por programas da OPAS para 2010-2011	138
CE144.R22	Prêmio OPAS em Administração 2009	142
CE144.R23	Contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização para 2010-2011	143
CE144.R24	Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	147
CE144.R25	Agenda provisória do 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	158

Decisões

CE144(D1)	Aprovação da agenda	159
CE144(D2)	Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	159

Anexos

- Anexo A. Agenda
- Anexo B. Lista de documentos
- Anexo C. Lista de participantes
- Anexo D. Relatório da reunião especial sobre o Fundo Rotativo para compra de
Vacinas pela OPAS em face aos novos desafios

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. A 144ª sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 22 a 26 de junho de 2009.
2. Participaram da sessão delegados dos seguintes oito membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Argentina, Bolívia, Estados Unidos da América, Guatemala, Haiti, México, Suriname e Uruguai. A delegação de Trinidad e Tobago não pôde assistir devido às urgentes responsabilidades relativas à pandemia de influenza A (H1N1). Representantes dos seguintes Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores participaram como observadores: Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, França, Nicarágua, Paraguai e Venezuela. Além disso, estiveram representadas cinco organizações não governamentais e duas agências das Nações Unidas e especializadas.
3. O Dr. Jorge Basso (Uruguai, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos membros, observadores e funcionários da OPAS.
4. A Dra. Mirta Roses (Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana) também deu as boas-vindas aos participantes, indicando que o Comitê tinha uma agenda repleta, com numerosos temas de importância crucial para o futuro trabalho da Organização. Além disso, vários eventos notáveis ocorreriam fora da sessão formal, incluindo uma visita da Presidente chilena Michelle Bachelet¹ e uma reunião técnica especial sobre o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Ela previa uma semana interessante e produtiva.

Assuntos relativos ao regulamento

Autoridades

5. Os seguintes Membros eleitos na 143ª sessão do Comitê continuaram a atuar em sua respectiva qualidade na 144ª sessão:

Presidente: Uruguai (Dr. Jorge Basso)

Vice-Presidente: Suriname (Dr. Celsius Waterberg)

Relator: México (Sra. Ana María Sánchez)

¹ O texto do discurso da Presidente Bachelet consta no Documento CE144/DIV/2, disponível no site da OPAS.

6. A Diretora atuou como Secretária *ex officio* e o Dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relações Externas, Mobilização de Recursos e Parcerias, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]), atuou como Secretário Técnico.

Aprovação da agenda e programa de reuniões (Documentos CE144/1, Rev. 2 e CE144/WP/1, Rev. 1)

7. O Comitê aprovou a agenda provisória (Documento CE144/1, Rev. 2) sem alterações e também o programa de reuniões (CE144/WP/1, Rev. 1) (Decisão CE144[D1]).

Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE144/2)

8. De acordo com o artigo 54 do Regulamento, o Comitê Executivo designou os delegados do Uruguai e Suriname como Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 49º Conselho Diretor. México e Trinidad e Tobago foram designados como representantes suplentes (Decisão CE144[D2]).

Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE144/3, Rev. 1)

9. A Srta. Piedad Huerta (Assessora, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) apresentou a agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, contida no Anexo A do Documento CE144/3, Rev. 1. Ela indicou que, como é de praxe, a agenda incluía vários assuntos relativos ao regulamento, bem como muitos assuntos relativos à política dos programas, administrativos e financeiros que haviam sido examinados pelo Comitê Executivo. Os assuntos relativos à política dos programas também incluíam uma mesa-redonda sobre hospitais seguros e um painel sobre a Aliança Pan-Americana de Nutrição e Desenvolvimento para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

10. A Diretora observou que a agenda era bem extensa, mas, como o Comitê Executivo havia trabalhado com muito eficiência e seus comentários aprimoraram os documentos, confiava em que o Conselho Diretor poderia cumprir a agenda sem problemas.

11. Uma inovação foi que a recepção tradicionalmente realizada na OPAS na primeira segunda-feira da sessão seria substituída por um jantar de gala na terça-feira na sede da Organização dos Estados Americanos (OEA). O evento estava sendo organizado em conjunto com a Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (PAHEF) e incluiria a apresentação de vários prêmios.

12. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R25, aprovando a agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

Assuntos relativos ao subcomitê

Relatório da terceira sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (Documento CE144/4)

13. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Guatemala, Vice-Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) realizou sua terceira sessão de 11 a 13 de março de 2009. Participaram da sessão representantes dos seguintes membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pela Diretora: Bolívia, Colômbia, Estados Unidos da América, Guatemala, México, São Vicente e Granadinas e Trinidad e Tobago. Representantes do Brasil, Canadá, Espanha e Suriname participaram como observadores. Elegeu-se Trinidad e Tobago para atuar como Presidente do Subcomitê, a Guatemala como Vice-Presidente e o México como Relator.

14. O Subcomitê dedicou-se a um intercâmbio de opiniões muito produtivo sobre importantes questões financeiras, administrativas e outras, incluindo o projeto de orçamento por programas da OPAS e OMS para o período financeiro 2010-2011, o relatório financeiro preliminar da Diretora sobre 2008, a proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria, propostas de novos esquemas institucionais para dois centros pan-americanos, projeto de plano de ação regional para implementação da política de igualdade de gênero da OPAS e mecanismos de aquisição da OPAS, incluindo o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Já que todos os assuntos examinados pelo Subcomitê também estavam na agenda da 144ª sessão do Comitê Executivo, informaria sobre esses temas quando fossem considerados pelo Comitê.

15. O Comitê Executivo agradeceu ao Subcomitê por seu trabalho e tomou nota do relatório.

Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS (Documento CE144/6)

16. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou ao Comitê que o Subcomitê realizou uma reunião reservada durante sua terceira sessão para examinar a situação de oito organizações não governamentais (ONGs) que mantêm relações oficiais com a OPAS e decidiu recomendar que o Comitê Executivo aprove a continuação das relações oficiais entre a OPAS e a American Society for Microbiology (ASM), Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering (AIDIS), International Diabetes Federation

(IDF), Melhoria das instalações (FIFARMA), March of Dimes Foundation (MOD), United States Pharmacopeia (USP) e World Association for Sexual Health (WAS).

17. O Subcomitê também decidiu recomendar a suspensão das relações com a Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESp), no entendimento de que poderão ser renovadas futuramente com base num novo plano de colaboração.

18. Além disso, o Subcomitê fez várias recomendações acerca do formato e conteúdo da informação apresentada sobre ONGs que desejam iniciar relações oficiais com a OPAS ou renovar essas relações. Em particular, recomendou que a informação seja apresentada de maneira mais concisa, padronizada e fácil de seguir e que se deve esclarecer como a colaboração da OPAS com cada ONG contribui para a consecução dos objetivos estratégicos contidos no Plano Estratégico da Organização.

19. Durante o debate sobre o tema no Comitê, sugeriu-se que as recomendações do Subcomitê sobre formato e conteúdo da informação sobre ONGs sejam incorporadas ao projeto de resolução sobre o tema. Especificamente, sugeriu-se solicitar que a Diretora apresente um relatório anual sobre a colaboração da OPAS com ONGs com as quais mantêm relações oficiais. Esses relatórios incluiriam uma lista das ONGs que mantêm relações oficiais com a Organização e indicariam o ano em que devem ser examinadas. Indicariam também como o trabalho da Organização com as ONGs contribui para a consecução dos objetivos estratégicos contidos no Plano Estratégico. Por conseguinte, o projeto de resolução foi modificado.

20. O Representante da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS) disse que sua organização colabora com a OPAS desde 1948 e continuava comprometida em trabalhar em estreita relação com a Organização em áreas de interesse mútuo. Atualmente, as duas organizações estavam colaborando em seis programas da AIDIS destinados a assegurar acesso universal a água potável, disposição e tratamento de águas residuais e manejo de resíduos sólidos na Região até 2025, com uma meta intermediária de atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio relacionados à saúde ambiental até 2015.

21. O Comitê aprovou a Resolução CE144.R3, decidindo manter relações oficiais entre a OPAS e as sete ONGs mencionadas no parágrafo 16 e interromper as relações com a ALAESp.

Prêmio OPAS em Administração 2009 (Documentos CE144/5 e CE144/5, Add. I)

22. A Srta. Ann Blackwood (Estados Unidos da América) informou que o Comitê do Prêmio OPAS em Administração 2009, composto de Argentina, Bolívia e Estados Unidos da América, se reuniu em 24 e 25 de junho. Após examinar a informação sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros, o Comitê decidiu conferir o Prêmio OPAS

em Administração 2009 à Dra. Merceline Dahl-Regis, das Bahamas, por sua contribuição à pesquisa e gestão da saúde e educação médica na atenção primária à saúde, bem como sua liderança na institucionalização da vigilância de saúde pública nas Bahamas e avaliação e redefinição dos parâmetros para a Caribbean Cooperation in Health.

23. O Comitê Executivo congratulou a Dra. Dahl-Regis e aprovou a resolução CE144.R22, tomando nota da decisão do Comitê e transmitindo seu relatório ao 49º Conselho Diretor.

Relatório anual do Escritório de Ética (Documento CE144/7)

24. O Sr. Philip MacMillan (Gerente do Escritório de Ética, RSPA) explicou que o Escritório de Ética tem duas responsabilidades básicas. A primeira é fornecer orientação e assessoria aos funcionários para assegurar o cumprimento das normas de conduta da OPAS. Como parte dessa função, também fornece treinamento. A segunda função importante é investigar as alegações de má conduta. Além disso, o Escritório é responsável pela coordenação do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS.

25. No centro da função assessora do escritório encontra-se o Código de Princípios e Conduta Ética da OPAS, que serve como importante guia para os funcionários em suas atividades diárias, e também estipula as atividades para as quais os funcionários devem obter autorização do Escritório de Ética. No ano passado, o Escritório respondeu a 64 consultas dos funcionários sobre uma ampla gama de temas, incluindo atividades externas e emprego, participação em diretorias e comitês, recebimento de presentes e prêmios e emprego de parentes. No ano passado, o Escritório de Ética recebeu 27 relatórios sobre comportamentos que levantaram preocupações éticas. Detalhes dos casos foram apresentados no Documento CE144/7. As investigações realizadas pelo Escritório de Ética resultaram em várias ações por parte da Organização, desde aconselhamento até a demissão sumária.

26. A pedra angular do programa de treinamento do Escritório de Ética é um curso on-line obrigatório sobre o Código de Princípios e Conduta Ética, que todos os funcionários da sede já concluíram. O Escritório de Ética também realizou sessões de informação para funcionários em dois escritórios nos países e estão previstas mais visitas no futuro próximo.

27. O Escritório de Ética conduziu o desenvolvimento de várias iniciativas importantes no ano passado. Primeiro, foi concluída uma nova política para proteger pessoas que informam infrações ou cooperam com uma investigação ou auditoria. Segundo, foi elaborado um protocolo para assegurar que, na medida do possível, todas as investigações no local de trabalho sejam realizadas de maneira uniforme, objetiva e transparente e de acordo com as normas estabelecidas. O protocolo estava nas etapas finais de revisão e seria implementado em breve. Terceiro, estabeleceu-se o Comitê Permanente sobre Proteção de Ativos e Prevenção de Perdas, com responsabilidade de

assegurar que os riscos financeiros sejam manejados eficazmente e que todos os casos conhecidos de roubo ou perda sejam apropriadamente informados e investigados.

28. Quanto ao trabalho futuro, o Código de Princípios e Conduta Ética, emitido em 2006, seria atualizado para levar em conta as lições aprendidas e expandir sua cobertura para incluir vendedores, fornecedores e empreiteiros. O Escritório de Ética também estava examinando a viabilidade de implementar um sistema de avaliação on-line, para fornecer uma avaliação da importância do comportamento ético para as pessoas que trabalham na Organização e seu nível de conscientização acerca das várias iniciativas e políticas adotadas.

29. O Comitê Executivo elogiou o Escritório por promover uma cultura ética na Organização mediante seus esforços de treinamento, educação e investigação. O Comitê também estava satisfeito com a criação do protocolo sobre investigações no local de trabalho e instou o Escritório de Ética a implementá-lo sem demora. A nova política de fornecer proteção contra retaliação às pessoas que informam infrações foi aplaudida, e instou-se o Escritório a assegurar que os funcionários tomassem conhecimento dos mecanismos de proteção e que esses mecanismos fossem plenamente aplicados pela alta administração. Um delegado perguntou se estavam previstas penalidades para funcionários que fizessem acusações infundadas. Outra delegada apoiou o plano de avaliação do nível de conscientização acerca das questões éticas, indicando que uma pesquisa similar foi realizada no Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados.

30. Vários delegados informaram sobre os esforços que seus países estavam fazendo para combater a corrupção e comportamento antiético ou inapropriado entre funcionários públicos. Sugeriu-se que alguns materiais de treinamento do Escritório de Ética podem ser úteis para esses esforços.

31. O Sr. MacMillan reiterou que a política de dar proteção a pessoas que informam infrações foi concluída recentemente. Seria implementada o mais breve possível, mas algo tão importante não deveria ser feito às pressas. Era essencial assegurar que a política seja crível e aplicada somente por motivos válidos. Confirmou que a proteção dada pela política não se aplicaria se a informação fosse intencionalmente falsa e que as pessoas que fornecessem informação falsa estariam sujeitas a ação disciplinar. O Escritório de Ética já havia compartilhado seu programa de treinamento com a OMS e o Banco Mundial e teria satisfação em compartilhá-lo com outros organismos.

32. A Diretora afirmou que a proposta de compartilhamento do programa de treinamento era uma ideia muito interessante, refletindo a estreita interação entre a OPAS e seus Estados Membros, da qual a Organização frequentemente obteve ferramentas e instrumentos para seu trabalho. Em particular, os materiais deveriam ser fornecidos aos ministérios da saúde, porque estes e a OPAS têm missões muito semelhantes e, portanto, provavelmente enfrentam problemas semelhantes no tocante à ética.

33. Acrescentou que, à medida que o Escritório de Ética realiza suas investigações e acumula experiência, os casos são acrescentados ao curso de treinamento, sujeito às medidas apropriadas para proteger as identidades. Isso significa que as pessoas que fazem o curso estavam lidando com situações reais, o que as faria pensar sobre suas próprias circunstâncias e comportamentos, porque em muitos casos as pessoas que infringem normas de ética não tinham consciência disso. Assim, o trabalho educacional do Escritório de Ética tem uma enorme capacidade de prevenção dessas infrações. O objetivo principal é prevenir violações da ética, não punir os indivíduos quando elas ocorrem. Nesse sentido, o trabalho do Escritório de Ética era como o trabalho de saúde pública em geral: a prevenção era da maior importância. Infelizmente, porém, não há vacina contra o comportamento antiético.

34. O Comitê tomou nota do relatório do Escritório de Ética.

Assuntos relativos à política dos programas

Projeto de orçamento por programas da OPAS para 2010-2011 (Documentos CE144/30, CE144/30 Add. I; Documento Oficial 333 e Add. I)

35. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê considerou a primeira versão da proposta de orçamento por programas para 2010-2011, examinando três hipóteses, todas elas supondo que um aumento de US\$ 11,5 milhões² seria necessário na parte do orçamento referente a cargos para manter os 757 cargos previstos para o biênio 2010-2011. Todas as hipóteses também supõem uma redução de 2,6% na parte do orçamento da OPAS referente à OMS. A proposta apresentada na primeira versão do orçamento baseia-se na hipótese B, em que 67% do aumento do custo seria coberto, as quotas aumentariam em 4,3% e a parte do orçamento não referente a cargos diminuiria em 6,0%. Explicou-se que a parte do orçamento não referente a cargos representa o impacto de cada hipótese na capacidade da Organização de fornecer cooperação técnica. A hipótese B prevê um orçamento ordinário da OPAS/OMS no total de \$288.516.000, um aumento de 3,4% em relação a 2008-2009, e quotas no total de \$187.816.000, um aumento de 4,3%.

36. O Subcomitê solicitou mais informações sobre o aumento proposto na parte do orçamento referente a cargos e as reduções planejadas nos cargos e/ou alterações no equilíbrio entre a parte do orçamento referente a cargos e a parte não referente a cargos. O Subcomitê também solicitou que a Repartição apresentasse uma descrição narrativa do impacto concreto de cada hipótese em termos do programa da Organização e sua cooperação técnica com os Estados Membros. Solicitou-se também que a Repartição indicasse as percentagens do orçamento total alocadas a cada objetivo estratégico, para

² Salvo indicação em contrário, todas as cifras são expressadas em dólares dos Estados Unidos.

que os Estados Membros vissem claramente a prioridade relativa atribuída a cada um, e fornecesse mais dados comparativos mostrando as tendências e mudanças de ênfase de 2008-2009 a 2010-2011, bem como uma discriminação dos diferentes tipos de contribuições voluntárias, junto com projeções específicas para os fundos fiduciários da OPAS e outros tipos de fundos.

37. Alguns membros do Subcomitê expressaram preocupação com o impacto da atual crise financeira sobre o orçamento da OPAS e a capacidade dos Estados Membros de cumprir suas obrigações com a Organização. Alguns Delegados questionaram se um aumento de 4,3% nas quotas era realista no atual clima econômico e enfatizaram que as cifras na proposta teriam que ser revisadas tendo em vista a situação econômica global e as decisões tomadas pela Assembleia Mundial da Saúde sobre o orçamento da OMS para 2010-2011.

38. O Dr. Isaiás Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) apresentou a proposta revisada de orçamento contida no *Documento Oficial 333*. Assinalou que, pela primeira vez, o projeto de orçamento estava dividido em três segmentos: programas básicos da OPAS/OMS, resposta a surtos e crises e projetos financiados pelos governos. A proposta proporcionava uma discriminação mais detalhada do orçamento por nível organizacional do que a versão apresentada ao Subcomitê; porém, sua elaboração não havia terminado porque o processo de planejamento operacional ainda estava em andamento. Os detalhes finais seriam apresentados ao 49º Conselho Diretor.

39. Assim como a proposta examinada pelo Subcomitê, a proposta apresentada ao Comitê Executivo baseia-se na hipótese B, que prevê um aumento de 4,3% nas contribuições. A parte do orçamento ordinário referente à OMS, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em maio, diminuiria para 1,0%, resultando num aumento de 3,4% no orçamento combinado da OPAS/OMS. O financiamento estimado de outras fontes deve aumentar para 2,6%. O orçamento total, incluindo o orçamento ordinário e a parte financiada por outras fontes, é de \$644.367.000, um aumento de 2,9% em relação a 2008-2009. A proposta mostra o montante e percentagem alocada a cada objetivo estratégico no Plano Estratégico 2008-2013, conforme solicitado pelo SPBA. Ele indicou que o que parecia ser um aumento ou redução percentual considerável em alguns objetivos estratégicos, notadamente 11 e 15, na verdade refletia apenas o movimento de cargos de uma área na Organização para outra. Por exemplo, vários cargos foram transferidos do objetivo estratégico 16 para o objetivo estratégico 15, para melhor refletir os esforços de presença nos países.

40. Chamando atenção para o adendo do documento, que contém uma justificação do aumento proposto nas quotas e outras informações solicitadas pelo Subcomitê, o Dr. Gutierrez analisou a tendência nos cargos de contrato fixo financiados com o orçamento ordinário, que diminuíram de 1.222 cargos em 1980-1981 para 757, o número previsto

para 2010-2011. Conforme informado ao SPBA, seria necessário um aumento de 6,3% no orçamento ordinário para cobrir o custo desses 757 cargos. O componente do orçamento ordinário referente aos cargos — isto é, o montante necessário para financiar os cargos de contrato fixo — representaria 69% do total. O componente não referente a cargos, que representa a cooperação técnica da Organização com os países, equivale a 31%.

41. O adendo apresenta as três hipóteses (A, B, e C), ilustrando e explicando o impacto programático negativo, particularmente nas hipóteses B e C. O componente não referente a cargos somente aumentaria na hipótese A (1,79%). Nas hipóteses B e C diminuiria (2,25% e 10,74%, respectivamente). A Repartição continuava recomendando a hipótese B. O adendo também contém detalhes sobre os esforços da Repartição para melhorar a eficiência e produtividade. O Dr. Gutierrez indicou que, embora tenha havido ganhos em termos de eficiência apesar da redução no quadro de pessoal, uma análise das tendências estatísticas parece indicar que um corte adicional de pessoal não produziria melhorias na eficiência, reduziria a produtividade e afetaria negativamente a cooperação técnica da Organização e sua capacidade de cumprir funções básicas, que não podia ser delegada a funcionários com contrato temporário.

42. A Repartição estava consciente das dificuldades que todos os Estados Membros enfrentam em resultado da crise financeira global, mas acredita que em épocas de crise econômica é essencial investir na saúde para continuar progredindo na implementação da Agenda de Saúde para as Américas e na consecução dos objetivos de desenvolvimento do milênio, proteger os ganhos de saúde obtidos na Região até agora e fortalecer os serviços de saúde, que eram particularmente importantes em face da pandemia de influenza A (H1N1).

43. O Comitê Executivo examinou a proposta de orçamento em várias ocasiões durante quatro dias, e os delegados repetidamente expressaram preocupação com o aumento proposto nas quotas. Também expressou-se preocupação com o impacto da nova escala de quotas (ver parágrafos 76 a 83). Embora os delegados reconheçam a difícil situação financeira da OPAS e expressem satisfação com as medidas adotadas para reduzir os custos e aumentar a eficiência e produtividade, também indicaram que seus Governos estavam enfrentando graves restrições econômicas, agravadas em alguns casos pela pandemia de influenza, e, portanto, teriam dificuldade em pagar uma quota mais elevada. As delegadas do Canadá e Estados Unidos da América reafirmaram a política de seus governos de manter um crescimento nominal zero nos orçamentos das organizações internacionais. Solicitou-se que a Repartição preparasse uma quarta hipótese (hipótese D) para responder a essas preocupações.

44. O Comitê recebeu com satisfação os detalhes apresentados no adendo à proposta de orçamento e expressou gratidão à Repartição por seus esforços para responder aos pedidos do SPBA. Solicitaram-se dados comparativos adicionais para que os Estados

Membros pudessem ver mais claramente as tendências ao longo do tempo. A tabela que descreve os impactos programáticos negativos das hipóteses B e C na Seção II do adendo foi considerada especialmente útil, mas era preciso esclarecer alguns impactos, notadamente em relação ao objetivo estratégico 10. Os delegados em geral concordaram com os aumentos propostos no financiamento para os objetivos estratégicos, mas expressaram dúvida quanto às reduções propostas nos objetivos estratégicos 13 e 14, que eram considerados cruciais para o fortalecimento dos sistemas de saúde com base na atenção primária e cobertura universal.

45. Os Delegados expressaram apoio aos esforços da Repartição para aumentar a proporção das contribuições voluntárias e perguntaram que estratégias haviam sido adotadas para aumentar a disposição dos doadores de fornecer financiamento sem destinação especial. Solicitou-se que a Repartição discriminasse os dados sobre contribuições voluntárias por tipo de contribuição e fornecesse projeções específicas para os fundos fiduciários da OPAS e outros tipos de fundos. Também solicitou-se informação sobre os países envolvidos no financiamento governamental de projetos internos e o impacto desses projetos sobre os aumentos ou reduções propostas no financiamento para os objetivos estratégicos.

46. O Dr. Gutiérrez afirmou que, infelizmente, a vasta maioria das contribuições voluntárias continuava tendo destinação especial. A Repartição certamente tentaria mobilizar mais contribuições sem destinação especial; porém, mesmo se fosse bem-sucedida, um aumento nas contribuições voluntárias não compensaria a redução no orçamento ordinário porque essas contribuições, que eram imprevisíveis, não podiam ser usadas para financiar cargos com contratos fixos. Quanto ao financiamento recebido pela OPAS para projetos internos financiados por governos, esses projetos eram totalmente autofinanciáveis e, portanto, não tinham implicações financeiras para a OPAS. Contudo, davam uma contribuição valiosa à consecução dos objetivos estratégicos da Organização e, portanto, embora fossem executados num país, beneficiavam todos os povos das Américas.

47. Quanto aos aumentos e reduções no financiamento para alguns objetivos estratégicos, explicou que refletiam principalmente alterações no montante de contribuições voluntárias previsto. No caso do objetivo estratégico 13, por exemplo, o valor programado tinha sido muito ambicioso, com base no que havia sido mobilizado no atual biênio; conseqüentemente, a projeção para 2010-2011 tinha sido reajustada. A redução não indica diminuição na prioridade atribuída a esse objetivo; era simplesmente uma estimativa mais realista.

48. O Dr. Pedro Brito (Gerente de Área, Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA), referindo-se ao objetivo estratégico 10, explicou que a OPAS tinha vários mandatos importantes relativos ao fortalecimento e desenvolvimento dos sistemas de saúde, incluindo a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; a Resolução CSP26.R19

sobre a extensão da prevenção social em saúde; a Resolução WHA58.33 sobre financiamento sustentável da saúde, cobertura universal e seguro social de saúde; e a Resolução WHA62.12 sobre atenção primária à saúde e fortalecimento do sistema de saúde. Esses mandatos tornaram-se mais cruciais no atual contexto. Era preciso fortalecer os sistemas de saúde para lidar com o crescente ônus representado pela pandemia de influenza e os efeitos da crise econômica, que enfraqueceu a capacidade do setor privado e seguro social de proporcionar cobertura de saúde e deixou muitas pessoas de renda média e baixa dependente dos serviços públicos de saúde.

49. Esses fatores explicam o aumento proposto no financiamento do objetivo estratégico 10. Como explicou o Dr. Gutiérrez, o aumento proviria de contribuições voluntárias, não do orçamento ordinário. Felizmente, a Organização registrou tendência ascendente nas contribuições voluntárias para o fortalecimento dos sistemas de saúde, incluindo fundos recebidos das contribuições voluntárias da OMS e financiamento recebido pelos países para fortalecimento dos sistemas de saúde de fontes como o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e Aliança GAVI. Infelizmente, a situação não era a mesma no tocante às contribuições voluntárias para fortalecimento da força de trabalho em saúde (objetivo estratégico 13) e extensão da proteção social em saúde (objetivo estratégico 14), áreas em que era difícil mobilizar financiamento extraorçamentário.

50. A Diretora indicou que a OMS também havia reduzido suas projeções de contribuições voluntárias, não só porque a previsão para essas contribuições no atual clima econômico era bastante sombria, mas também porque nos últimos cinco biênios a OMS não conseguiu mobilizar o nível extremamente ambicioso de financiamento voluntário projetado em seus orçamentos. Quanto à proporção de financiamento voluntário sem destinação especial, no caso da OMS seria de cerca de 5%. A OPAS teve mais êxito na mobilização de contribuições voluntárias flexíveis, que atualmente correspondem a 10% do total.

51. É importante entender, porém, que, mesmo se as contribuições voluntárias não tenham destinação específica, não poderiam ser usadas para financiar cargos. Também era importante entender que, para mobilizar mais contribuições voluntárias, a Organização teria de contar com pessoal suficiente, o que significa contar com suficientes fundos do orçamento ordinário para cobrir salários e outros custos conexos. Assim, o orçamento ordinário proporciona a alavancagem para que a OPAS possa atrair mais contribuições voluntárias.

52. Uma redução no orçamento ordinário prejudicaria não só a capacidade da Organização de mobilizar contribuições voluntárias, mas também — e talvez mais importante — sua capacidade de aplicar esses fundos. A OPAS poderia se encontrar na mesma situação que a OMS, que foi obrigada a passar para o próximo biênio mais de \$1 bilhão em recursos extraorçamentários simplesmente porque não tinha o pessoal

necessário para implementar as atividades para as quais os fundos se destinavam. Essa situação estava diretamente relacionada ao coeficiente prejudicial entre financiamento ordinário e extraorçamentário no orçamento da OMS. Na OPAS, embora a proporção de financiamento do orçamento ordinário tenha diminuído desde 2006-2007, o coeficiente ainda era razoável, mas era preciso agir com cautela.

53. Quanto aos projetos internos financiados por governos, a Diretora destacou que sempre estavam plenamente alinhados com as prioridades estratégicas da Organização. Em sua maioria, os projetos em andamento destinam-se a atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ou fortalecer os sistemas de saúde. Um deles inclui um componente de cooperação internacional e, portanto, beneficia outros países da Região. Como explicou o Dr. Gutiérrez, esses projetos não implicam custos para a OPAS. Contudo, os fundos recebidos para tal fim contribuem para a carteira de investimentos da Organização e, portanto, para sua receita diversa.

54. A Diretora queria deixar claro que o aumento de 6,3% nos custos de cargos com contrato fixo não era um aumento dos salários, que permaneceram praticamente congelados em termos reais nos últimos 12 a 15 anos. O aumento deve-se à elevação dos custos do seguro de saúde, contribuições para pensões, suplementos de custo de vida e outros custos sobre os quais a OPAS não tem controle. Também indicou que os funcionários contribuía para pagar esses custos mediante as quotas para o seguro de saúde e fundos de pensão, e que estavam pagando um valor crescente.

55. A Repartição poderia preparar uma quarta hipótese, conforme solicitado pelo Comitê. Contudo, nenhuma hipótese mudaria a realidade do aumento dos custos dos cargos ou o fato de que, sem um aumento no orçamento ordinário, diminuiria a capacidade da Organização de fornecer cooperação técnica aos países.

56. O Comitê Executivo subsequentemente considerou uma hipótese D, preparada pela Repartição, que prevê um aumento de 3,5% nas quotas e uma redução de 2,9% no orçamento total, incluindo a parte da OMS e renda diversa. O Dr. Gutiérrez explicou que, na hipótese D, o componente do orçamento referente aos cargos aumentaria 6,3% e a parte não referente a cargos diminuiria 3,8%. Discriminada por nível da organização, a hipótese D resultaria em redução de 21,86% na parte do orçamento não referente aos cargos no âmbito regional, aumento de 11,69% no nível sub-regional e aumento de 3,38% no nível nacional.

57. A Diretora afirmou que a hipótese D daria à Repartição uma certa flexibilidade com relação ao componente do orçamento não referente aos cargos. O aumento no montante alocado ao nível sub-regional — cerca de \$8 milhões — seria parcialmente compensado pela redução de \$22 milhões na parte regional, aliviando assim o impacto negativo sobre a cooperação técnica da Organização com os Estados Membros. A hipótese C, por outro lado, resultaria numa redução de 33% nos fundos não referentes a

cargos no nível regional, o que comprometeria gravemente a capacidade da Organização de fornecer cooperação técnica e mobilizar e aplicar contribuições voluntárias.

58. Solicitou-se que a Assessora Jurídica da Organização determinasse se seria possível apresentar um projeto de resolução ao 49º Conselho Diretor incluindo, entre colchetes, as hipóteses A, B, C e D. Ela respondeu que havia um impedimento legal, pois o Comitê Executivo deve apresentar uma proposta à consideração do Conselho Diretor (artigo III, parágrafo 3.5 do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde, e capítulo IV, artigo 14, parágrafo C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde).

59. Após debates e consultas dos delegados com as autoridades de seus países, o Comitê Executivo optou pela hipótese D como proposta de programa a ser submetida à aprovação do 49º Conselho Diretor e a escala de quotas para 2010-2011 nela baseada (Resoluções CE144.R21 e CE144.R23).

60. A Delegada do México observou que o longo debate do orçamento pelo Comitê e sua dificuldade em chegar a uma decisão sobre o tema se deviam ao fato de que os Governos Membros estão conscientes da necessidade de assegurar um uso responsável dos recursos públicos. Expressou gratidão à Repartição por reconhecer as dificuldades econômicas dos Estados Membros em resultado da crise global e pandemia de influenza A (H1N1), bem como as preocupações acerca do aumento proposto nas quotas. A hipótese D, com sua proposta de aumento mínimo, respondia a essas preocupações. Instou a Repartição a continuar exercendo uma gestão responsável e prudente das finanças e programas, apesar da redução na parte do orçamento não referente a cargos.

61. A Diretora expressou gratidão ao Comitê por sua cuidadosa consideração da proposta de orçamento e por ter aprovado uma hipótese que contempla um aumento das quotas que, apesar de pequeno, teria um impacto substancial em alguns países. A Repartição faria sua parte, continuando a buscar eficiência e tentando fazer mais com menos, mas queria ser franca: a OPAS não poderia continuar fazendo o que fazia atualmente. Algumas atividades teriam de ser reduzidas ou eliminadas.

62. Agradecendo à Delegada do México por sua eloquente declaração, afirmou que o México era sem dúvida o país da Região que mais sofria com o impacto combinado da crise econômica e pandemia de influenza. Esta, porém, teve um impacto positivo no sentido de que sinalizou a importância do investimento em saúde e forte proteção social. A OPAS estava convencida de que somente mediante o investimento nas pessoas seria possível emergir da crise. Era especialmente crucial investir na "geração da crise": as crianças nascidas hoje, que serão o futuro da Região. Se as Américas perderem uma geração, não só a crise seria mais dolorosa e prolongada, mas os países da Região continuariam a sentir seu impacto por muitos anos.

Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012 modificado (rascunho) (Documentos CE144/31 e Documento Oficial 328)

63. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação da Recursos, RSPA) afirmou que o Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012 foi modificado para manter coerência com o Plano Estratégico da OMS para 2008-2013, que também havia sido modificado (ver parágrafos 286 a 289), além de atualizar o documento, esclarecer alguns resultados previstos e simplificar a medição dos indicadores. As alterações propostas estão resumidas no Documento CE144/31 e destacadas no *Documento oficial 328*.

64. O Comitê recebeu com satisfação as revisões do Plano Estratégico, aplaudindo em particular a simplificação dos indicadores e a inclusão de novos indicadores relativos aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, crescente ênfase no apoio à pesquisa nacional e inclusão dos parágrafos 91 a 94 nas estratégias de cooperação com os países, que eram cruciais para assegurar o alinhamento da cooperação técnica da OPAS com as necessidades e prioridades dos Estados Membros. Os Delegados fizeram sugestões para aprimorar o Plano Estratégico; várias delegações apresentaram comentários detalhados e sugeriram modificações por escrito.

65. Tendo em vista a atual pandemia de influenza, sugeriu-se que a influenza A (H1N1) deveria ser adicionada à lista de doenças com potencial de pandemia no parágrafo 72(c) do Plano Estratégico modificado ou o texto deveria ser mais genérico, referindo-se a “vírus de influenza pandêmica”. Um delegado questionou por que a meta para o indicador 1.7.1 (número de países com planos nacionais de alerta e procedimentos operacionais padronizados para uma resposta rápida à pandemia de influenza) não era 100% dos Estados Membros.

66. Solicitou-se esclarecimento acerca do conceito de “indicador de manutenção” e da justificativa da inclusão desses indicadores, que não variam ao longo do tempo. Solicitou-se também esclarecimento acerca dos critérios para fixar metas para 2009, 2011 e 2013 e determinar o denominador para pontos de referência e metas nos casos em que essa cifra não era 40, como no indicador 1.7.1 mencionado anteriormente. Sugeriu-se acrescentar um anexo técnico ao Plano Estratégico, com explicações sobre a metodologia usada para estabelecer os valores dos indicadores e os motivos das diferenças nos denominadores. Indicou-se que informações específicas sobre os países que constituem o universo estatístico de um indicador poderiam facilitar o planejamento da cooperação técnica entre países: os países com maior progresso em certas áreas ajudariam os menos avançados.

67. Uma delegada, enfatizando o valor do papel da OPAS na aquisição de bens de saúde em nome dos Estados Membros mediante os diversos mecanismos de aquisição e indicando o crescimento desse papel nos últimos anos, sugeriu que a aquisição em nome

dos Estados Membros deveria ser incluída entre as funções básicas listadas no parágrafo 76 do Plano Estratégico modificado.

68. Foram feitas várias perguntas e apresentaram-se sugestões com respeito a indicadores específicos. Quanto ao indicador 2.4.3 (número de países que notificam dados sobre vigilância da malária desagregados por sexo e idade à OPAS), por exemplo, indicou-se que era crucial também desagregar os dados sobre malária por região ou área geográfica. No objetivo estratégico 3, sugeriu-se que seria útil ter indicadores para lesões não intencionais, além das lesões por acidentes de trânsito e triagem preventiva do câncer da mama, colo do útero e colorretal e outras doenças. No objetivo estratégico 6, um delegado sugeriu que deveria haver um indicador para atividade física, e uma delegada perguntou por que os indicadores relativos a gorduras trans e marketing de alimentos para crianças (indicadores 6.5.5 e 6.5.6 no Plano Estratégico não modificado) foram retirados e se a OPAS tencionava continuar trabalhando nessas áreas. Referindo-se ao indicador 7.1.1, um delegado perguntou por que o indicador se referia somente a recomendações de política do relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e sugeriu a inclusão de recomendações de outros relatórios baseados em evidências.

69. O Dr. Gutiérrez afirmou que a Repartição incorporaria as modificações propostas pelo Comitê e colocaria uma versão revisada do documento no *site* da Organização. Sugeriu um período de comentários de 10 dias para os Estados Membros apresentarem sugestões adicionais mediante SharePoint.

70. Respondendo a algumas perguntas, explicou que os indicadores de manutenção se referem a objetivos que já foram atingidos, mas para os quais era preciso continuar a atividade para manter o resultado. Um exemplo era a erradicação da poliomielite: era preciso continuar a vacinação para manter as Américas sem poliomielite. Era necessário incluir esses indicadores no Plano Estratégico para assegurar que os recursos continuassem sendo alocados no orçamento da OPAS para as atividades de acompanhamento. Quanto às diferenças nos denominadores de alguns indicadores, explicou que onde não havia denominador o universo era de 40: os 35 países das Américas, mais França, Países Baixos e Reino Unido (que têm territórios na Região) Porto Rico (Membro Associado da OPAS) e a região fronteiriça entre México e Estados Unidos, que era considerada uma unidade separada para fins de programação. Um denominador inferior a 40 significa que se aplicava somente a alguns países ou territórios. A Repartição, conforme sugerido, acrescentaria um anexo metodológico e poderia também incluir notas identificando os países ou territórios para todos os indicadores com denominadores inferiores a 40.

71. Quanto à sugestão de acrescentar como função básica a aquisição em nome dos Estados Membros, afirmou que não era possível alterar as funções básicas porque haviam sido definidas pela OMS e deviam ser as mesmas, com pequenos ajustes, para a

Secretaria da OMS e todos os Escritórios Regionais. Contudo, a função de aquisição da OPAS poderia ser incorporada a um dos objetivos estratégicos.

72. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA) sugeriu a inclusão de um resultado previsto e indicador relativo a aquisições no objetivo estratégico 12: assegurar a melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) lembrou que um indicador relativo à aquisição de vacinas também poderia ser acrescentado ao resultado regional previsto (RER) 1, referente ao acesso a vacinas.

73. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilância da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças, RSPA) afirmou que a OPAS continuaria a trabalhar em questões como a eliminação das gorduras trans dos alimentos e marketing de alimentos para crianças. Essas atividades seriam delineadas individualmente nos planos de trabalho bianuais da Repartição, mas no Plano Estratégico seriam cobertas pelo indicador relativo a fatores de risco para distúrbios alimentares.

74. Respondendo à pergunta sobre indicadores relativos a gorduras trans e marketing de alimentos para crianças, o Dr. James Hospedales (Assessor Sênior, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, RSPA) lembrou que em setembro de 2007 a OPAS realizou uma reunião decisiva com importantes produtores de alimentos, na qual essas companhias se comprometeram a eliminar as gorduras trans de seus produtos até o fim de 2008. A Repartição estava entrando em contato com as companhias, que haviam concordado em enviar dados para validar a eliminação das gorduras trans. A OPAS está colaborando com a OMS na questão do marketing de alimentos para crianças e realizaria uma consulta eletrônica regional sobre o tema em agosto de 2009.

75. A Diretora afirmou que até 8 de julho uma versão atualizada do documento estaria disponível para comentários. Ela enfatizou que o Plano Estratégico era um “documento vivo” e continuaria a ser atualizado e aprimorado conforme necessário.

76. O Comitê Executivo subseqüentemente aprovou a Resolução CE144.R10, recomendando, sujeito à incorporação das revisões propostas pelo Comitê, que o 49º Conselho Diretor aprove o Plano Estratégico 2008-2013 modificado.

Nova escala de quotas (Documento CE144/8)

77. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), ao apresentar o tema, lembrou que o Subcomitê havia examinado a nova escala de quotas em março e solicitado que a Repartição fornecesse cifras em dólares reais além das variações percentuais nas quotas dos Estados Membros. Em resposta, distribuiu-se um documento informal, mostrando as quotas de 2008-2009 com base na escala atual e as mesmas quotas com base na nova escala. Essas cifras foram

incluídas no documento apresentado ao Comitê. Solicitou-se também que a Repartição explicasse como as futuras alterações seriam aplicadas, tendo em vista que a Organização dos Estados Americanos revisa suas quotas a cada três anos, enquanto a OPAS tem um ciclo orçamentário bienal. Explicou-se que não seriam efetuadas alterações no meio de um biênio. Elas seriam aplicadas no biênio seguinte ao biênio em que foram aprovadas. Assim, se a próxima revisão das quotas da OEA for aprovada no biênio 2010-2011, as cifras revisadas seriam aplicadas ao orçamento da OPAS para 2012-2013.

78. O Sr. Román Sotela (Assessor Sênior, Gestão do Orçamento por Programas, RSPA) explicou que a alteração nas quotas era a culminação de um processo de três anos. De acordo com a sua Constituição, a escala de quotas da OPAS baseia-se na última escala aplicada na OEA. Já que esta adotou uma nova escala para seus membros para o período 2009-2011, os Órgãos Diretores da OPAS decidiram que a OPAS adotaria uma nova escala correspondente para vigorar no biênio 2010-2011.

79. Vários membros do Comitê Executivo expressaram preocupação com a perspectiva de um aumento em suas quotas para a OPAS no atual clima econômico. Além da recessão mundial, as economias de alguns países (notadamente o México) tinham sofrido o impacto direto da pandemia de influenza A (H1N1), enquanto outros tinham sofrido um efeito indireto, já que a pandemia afetava o turismo, uma das bases de sua economia. Já que foram preparadas diferentes opções e hipóteses para a análise da proposta de orçamento para 2010-2011, alguns membros sugeriram a preparação de outra hipótese para mostrar qual seria o efeito se as quotas permanecessem sem alteração

80. A Diretora recomendou que o debate separasse as questões da nova escala de quotas e a proposta de orçamento. O estabelecimento da escala de quotas é competência da Assembleia Geral da OEA, não dos Órgãos Diretores da OPAS. É verdade que algumas quotas estavam aumentando, mas para alguns países, notadamente os do Caribe, estavam diminuindo. Os cálculos das quotas basearam-se nas expectativas para 2006; portanto, não levam em conta a queda drástica no PIB de alguns países, como ocorreu no México. Ao mesmo tempo, a escala anterior em alguns casos se baseou em cifras do PIB muito antigas e precisava ser atualizada. De qualquer maneira, a decisão sobre as quotas foi tomada após ampla discussão e negociação, e na sua opinião a OPAS não podia alterar cifras que foram negociadas pelos representantes dos Estados Membros na OEA durante um período de três anos.

81. Uma delegada apoiou a opinião da Diretora de que as quotas propostas não podiam ser alteradas. Outra delegada sugeriu que, embora as novas quotas tenham de ser aplicadas ao mesmo tempo, a implementação da nova escala talvez possa ser adiada. Ela entendia que as cifras tinham sido aprovadas pela OEA, mas achava que a atual situação econômica dos países exigia o exame de todas as possibilidades.

82. A Diretora assinalou que a questão da entrada em vigor da nova escala já havia sido decidida na 140ª Sessão do Comitê Executivo, que havia determinado que a OPAS começaria a aplicar a escala no biênio 2010-2011 (Resolução CE140.R5). O 49º Conselho Diretor pode decidir anular essa decisão, se um número suficiente de delegações apoiar o adiamento da alteração; porém, previa que haveria forte resistência à não aplicação da escala já adotada pela OEA.

83. Durante o debate deste tema no Comitê, sugeriu-se que a resolução deveria referir-se às preocupações dos Estados Membros com a aplicação da nova escala de quotas no atual contexto econômico, mas subsequentemente decidiu-se que seria melhor incluir essas preocupações numa versão revisada do documento de trabalho sobre o tema.

84. Tendo em mente tudo isso, o Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R18, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprove a nova escala de quotas a ser aplicada ao programa e orçamento para o período 2010-2011.

Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável (Documento CE144/9)

85. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/9 e deu início ao debate.

86. O Comitê expressou apoio ao projeto de plano de ação sobre a saúde dos idosos; vários delegados observaram que o plano era coerente com suas políticas e prioridades nacionais relativas à saúde dos idosos. Os delegados descreveram a situação com relação ao envelhecimento em seus países, observando o impacto do envelhecimento da população no crescimento econômico e no apoio social e sistemas de atenção à saúde, e sublinharam a necessidade urgente de programas para ajudar os idosos que vivem na pobreza. Vários delegados também descreveram programas e iniciativas que estão sendo executadas por seus governos para pessoas idosas. Um delegado ressaltou o papel da responsabilidade pessoal no planejamento da velhice, assim como a necessidade de estratégias mais modernas, integradas e baseadas em evidências para enfrentar os desafios representados pelo envelhecimento da população. Ele também sublinhou a necessidade de aumentar a conscientização sobre questões globais do envelhecimento e a importância da pesquisa científica e do diálogo sobre políticas. Outro delegado chamou atenção para a importância de se buscar ligações com outras áreas, como as doenças crônicas e a saúde familiar e comunitária. Um delegado indicou que era importante aproveitar as forças socioculturais da América Latina, onde as famílias ampliadas e estruturas sociais tradicionais fornecem um meio de proteger e apoiar os idosos. A importância da pesquisa e da disseminação do conhecimento sobre a saúde dos idosos – tema da Área Estratégica 4 do Plano de Ação – foi enfatizada.

87. Um delegado pediu que se esclarecesse o significado do termo “ambiente saudável,” mencionado no objetivo 2.1 do Plano de Ação, e sugeriu que a atividade 21.6

fosse modificada para dizer: “Executar projetos com seus próprios orçamentos para promover e proteger a saúde dos idosos mediante ações no âmbito comunitário.” Um delegado sugeriu que o projeto de resolução sobre esse tema deveria mencionar a recente resolução da 39ª Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos sobre os direitos humanos dos idosos (veja o Documento CE144/INF/5-B). Outra delegada sugeriu que a resolução faça referência à decisão da Quinta Cúpula das Américas de considerar a viabilidade de se preparar uma convenção interamericana sobre os direitos dos idosos (veja o Documento CE144/INF/5-C).

88. A Representante do Fundo de População das Nações Unidas disse que o UNFPA esteve trabalhando com governos e outras agências das Nações Unidas no tema do envelhecimento. Ela sugeriu que, quando o Plano de Ação fosse operacionalizado, seria útil considerar os aspectos de gênero da questão e como o processo de envelhecimento afeta homens e mulheres de maneira diferente.

89. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA) agradeceu aos delegados seus comentários e seu apoio ao Plano de Ação, observando que o Plano foi desenvolvido em colaboração com os Estados Membros durante uma série de consultas nacionais e sub-regionais e, portanto, refletia seus pontos de vista.

90. O Dr. Enrique García Vega (Assessor Regional sobre Envelhecimento Saudável, RSPA) observou que, conforme explicado no documento, a Região teve um “bônus demográfico” ou janela de oportunidade de 40 anos, para se preparar para lidar com os desafios do envelhecimento da população, mas era um período relativamente curto de tempo para fazer mudanças significativas nos sistemas de saúde e de previdência social. Portanto, era imperativo agir rapidamente. Ele concordou com a necessidade de trabalhar intensamente para ajudar as pessoas a se prepararem para a velhice. O Plano de Ação reconhece a necessidade de um enfoque do ciclo vital. Baseia-se nas experiências dos países da Região em administrar doenças crônicas e melhorar a capacidade dos idosos de cuidar de si mesmos. A cooperação entre países seria um meio importante de compartilhar lições aprendidas com as experiências e mobilizar recursos para atividades destinadas a melhorar a saúde e o bem-estar dos idosos. O desenvolvimento de indicadores seria um dos aspectos mais importantes do trabalho a ser feito nessa área nos próximos anos. No momento, existe uma falta de indicadores porque muitos países não tinham os dados primários necessários para avaliar o impacto de programas e intervenções específicos. As atividades visadas dentro da Área Estratégica 4 tinham a intenção de fortalecer a capacidade dos Estados Membros nesse campo.

91. A Diretora chamou atenção para a questão da esperança de vida. Embora muitos países da região tenham registrado enormes ganhos em termos de esperança de vida durante os últimos 25 anos, outros países ainda tinham uma esperança de vida inferior a 60 anos. Ademais, mesmo nos países mais desenvolvidos da Região, alguns grupos têm

uma esperança de vida muito baixa. Por isso, a RSPA estava promovendo um enfoque do ciclo vital, visando a assentar as bases no início da vida para um envelhecimento saudável e ativo. O objetivo era estender a vida, mas também assegurar a qualidade de vida.

92. O Comitê aprovou a resolução CE144.R13, recomendando que o 49º Conselho Diretor endosse o Plano de Ação.

Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza (Documento CE144/10, Rev. 1)

93. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilância Sanitária e Prevenção e Controle de Doenças, RSPA) apresentou o projeto de resolução sobre esse tema, contido no documento CE144/10, Rev. 1. Ele sublinhou os critérios seguidos na seleção das doenças que eram consideradas negligenciadas e/ou relacionadas à pobreza: a) viabilidade técnica da eliminação; b) evidência regional de eliminação possível; c) eficácia em função do custo das estratégias e ferramentas; d) inclusão da agenda inacabada; e) relevância política — isto é, as doenças devem ser reconhecidas como de importância para a saúde pública e ter um amplo apelo internacional. Com base nesses critérios, as doenças foram divididas em três grupos: a) doenças que poderiam ser eliminadas até 2015; b) doenças cuja carga poderia ser drasticamente reduzida com as ferramentas disponíveis; c) outras doenças que precisavam ser avaliadas mais extensamente e para as quais era preciso elaborar ferramentas e estratégias. Ele forneceu detalhes sobre os objetivos e estratégias previstas para combater as doenças visadas, ressaltando a importância dos esforços para reduzir as desigualdades na atenção à saúde, já que as doenças em questão eram geralmente associadas à pobreza e marginalização. Também enfatizou que todos os objetivos de eliminação considerados eram os mesmos estabelecidos pelas resoluções da Assembleia Mundial de Saúde ou do Conselho Diretor da OPAS.

94. Na discussão que se seguiu, os membros do Comitê aplaudiram os esforços da OPAS de eliminar doenças negligenciadas e doenças que afetavam principalmente as populações mais pobres e com menor acesso a serviços de saúde. A abordagem proposta no documento foi elogiada. Contudo, um delegado ressaltou a necessidade de mais dados de referência para medir a prevalência de doenças e indicadores de desempenho, particularmente a fim de permitir o monitoramento e avaliação apropriados de intervenções de quimioterapia preventiva. O mesmo delegado enfatizou a necessidade de mais pesquisa e desenvolvimento para controlar as doenças em questão e sublinhou a necessidade de um maior envolvimento local em programas de controle e a necessidade de as estratégias corresponderem às prioridades e capacidades combinadas nacionais. Outro delegado, embora visse com satisfação o foco na prevenção da doença de Chagas, ressaltou a necessidade de trabalhar também no fornecimento de tratamento acessível. O Delegado do Haiti questionou os números dados no documento sobre a população em

risco de filariose linfática em seu país. O Delegado dos Estados Unidos da América pediu que no parágrafo preambular (f) do projeto de resolução se modifique a frase “o dever ético de eliminar doenças infecciosas para as quais existem intervenções de saúde pública adequadas e eficazes em função do custo...” para dizer “a importância de trabalhar para eliminar doenças infecciosas para as quais existem intervenções de saúde pública adequadas e eficazes em função do custo...”

95. O Delegado do Brasil, referindo-se à posição adotada por seu país durante a Consulta sobre um Fundo Fiduciário da América Latina e Caribe para a Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Doenças Infecciosas, realizada em dezembro de 2008, e os comentários enviados por seu governo à Diretora da OPAS, expressou receio acerca de alguns dos aspectos do enfoque proposto para doenças negligenciadas, especialmente a estratégia de quimioterapia em massa para a filariose linfática, esquistossomose e helmintíase transmitida pelo solo, que seu governo considerava inapropriada e insustentável. Uma abordagem melhor seria a de fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde como meio principal de diagnóstico e tratamento dessas doenças, combinando a detecção passiva com a busca de casos ativa. Observando que não foi estabelecido um objetivo de eliminação com respeito à leishmaniose, ele ressaltou a necessidade de medidas para reduzir a transmissão e as taxas de casos fatais da forma visceral da doença. Com relação à lepra, indicou que o objetivo de eliminação estabelecido no Documento CE144/10, Rev. 1 parecia diferir do objetivo estabelecido na estratégia global da OMS para 2011-2015, que é reduzir a taxa de novos casos de lepra com grau 2 de incapacidade ao menos em 35% com relação ao nível de 2011. Ele enfatizou também a necessidade de pesquisa e desenvolvimento tecnológico a fim de fomentar a produção de novos métodos, materiais e medicamentos para o diagnóstico, tratamento e controle de doenças negligenciadas ou melhorar os já existentes.

96. O Dr. Barbosa da Silva esclareceu que os números sobre filariose linfática no documento se referiam à população considerada sob risco da doença porque vivem em áreas onde as condições ambientais são favoráveis à transmissão, não à população realmente infectada. O relatório seria revisado para esclarecer a estratégia sobre filariose; a ideia não era implementar o tratamento maciço em todos os lugares, mas identificar os focos e depois empreender o tratamento em massa onde fosse considerado necessário. No caso da helmintíase e da esquistossomose, há evidências de que o tratamento em massa é eficaz em certas áreas de alta prevalência. A resolução defende veementemente a integração dos esforços de eliminação de doenças com a atenção primária quando for possível.

97. Com relação à lepra, disse que, embora a Assembleia Mundial possa decidir ajustar a estratégia de eliminação com base nas conclusões da recente reunião dos gerentes do programa global de lepra (Nova Déli, 20-22 de abril de 2009), a atual estratégia de eliminação é apoiada por duas resoluções da Assembleia de Saúde que continuam válidas: WHA44.9 e WHA60.11. A última resolução aprovou o Plano

Estratégico de Médio Prazo da OMS para 2008-2013, do qual o indicador de eliminação da lepra que aparece no Documento CE144/10 Rev. 1 foi extraído. Esse indicador foi reafirmado pela Assembleia Mundial mais recente, quando endossou as modificações do Plano Estratégico de Médio Prazo (Resolução WHA62.11).

98. A Repartição não incluiu a leishmaniose visceral como doença a ser eliminada, ou mesmo controlada, por causa da dificuldade de estabelecer um consenso sobre quais objetivos poderiam ser alcançados até 2015. Além disso, era necessária pesquisa adicional para desenvolver ferramentas de controle da doença.

99. Com relação ao parágrafo preambular (f) do projeto de resolução, explicou que, embora fosse geralmente difícil estabelecer imperativos na saúde, a Repartição acreditava que, no caso de doenças para as quais se dispõe de métodos de diagnóstico e tratamento de baixo custo, existia um imperativo ético. Respondendo aos comentários relativos à pesquisa e desenvolvimento, chamou atenção para o parágrafo 2(e) do projeto de resolução, no qual se solicita que a Diretora promova pesquisas para o desenvolvimento de novas ferramentas, métodos e estratégias. A resolução não focaliza especificamente a pesquisa porque já estão disponíveis ferramentas de diagnóstico e tratamento para eliminar uma série de doenças negligenciadas, e algumas já haviam de fato sido eliminadas em vários países ou áreas. Não obstante, sempre é importante apoiar o desenvolvimento científico e tecnológico para assim melhorar as ferramentas existentes e/ou gerar novas.

100. Ele assegurou ao Comitê que o documento e o projeto de resolução seriam revisados de acordo com os comentários e sugestões dos delegados.

101. A Diretora observou que, embora os esforços para eliminar muitas das doenças negligenciadas visadas pelo projeto de resolução tenham pouco impacto sobre os indicadores para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, esses esforços eram fundamentais para a luta contra a pobreza, tendo em mente que as doenças em questão tinham um impacto desproporcional sobre as populações pobres e marginalizadas. Ela concordou que o envolvimento local nos esforços de controle era crucial, especialmente a fim de melhorar as condições ambientais que contribuíam para a transmissão das doenças negligenciadas. Era importante também trabalhar com o setor privado e promover a ciência e a tecnologia. Embora houvesse ferramentas para combater a maioria das doenças negligenciadas, a inovação tecnológica era importante a fim de desenvolver novos métodos de diagnóstico e tratamento. O trabalho com doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza é especialmente oportuno porque a maior migração, combinada com previsões de mudança climática, teria um impacto importante em termos de transmissão da doença.

102. O Comitê aprovou a Resolução CE144.R11 sobre esse tema, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprove a resolução que insta os Estados Membros a se

comprometerem em eliminar ou reduzir as doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza para as quais existem ferramentas até 2015.

Política de pesquisa para a saúde (Documento CE144/11)

103. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA) observou que nos últimos anos os governos dos países, a OPAS, a OMS, a comunidade internacional de pesquisa e outros parceiros solicitaram que se promova o estabelecimento e fortalecimento de sistemas nacionais de pesquisa para saúde e se aumente a produção e utilização de pesquisas que abordem as necessidades de saúde, equidade e desenvolvimento. Assim, chegou a hora de formular uma política para guiar a cooperação técnica da Organização em pesquisa para saúde durante os próximos anos e assentar as bases para o desenvolvimento de estratégias e planos de ação que abordem as necessidades da Região.

104. A política também facilitaria a implementação de importantes estratégias globais de pesquisa, incluindo a Estratégia da OMS sobre Pesquisa para Saúde e a Estratégia Global e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, e reforçaria as atividades em andamento relativas à Declaração da Cúpula Ministerial do México sobre Pesquisa em Saúde e incentivar uma resposta regional efetiva ao Chamado para Ação do Fórum Ministerial sobre Pesquisa para Saúde realizado em Bamako, o Relatório Mundial de Saúde 2008 e o relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ele resumiu os seis objetivos inter-relacionados contidos no projeto de política sobre pesquisa para saúde da OPAS, indicados no Documento CE144/11, explicando que eram coerentes e sinérgicos com os cinco objetivos da Estratégia da OMS sobre Pesquisa para Saúde, também listados no documento.

105. O Comitê Executivo em geral recebeu com satisfação o documento e o compromisso renovado da OPAS com a pesquisa, que ajudaria a Organização a cumprir sua missão de liderar esforços colaboradores para promover a equidade na saúde, combater doenças e melhorar a qualidade de vida dos povos das Américas. Alguns delegados, contudo, advertiram que a expansão da pesquisa realizada pela OPAS poderia levar à duplicação de esforços e diluição dos recursos. Ressaltou-se que a força da OPAS está em traduzir os resultados de pesquisas em orientação técnica para os Estados Membros, e não na realização da pesquisa pura por si só.

106. Alguns delegados solicitaram que se esclarecesse uma série de questões na política. Por exemplo, o parágrafo 25(c) da política afirma que a OPAS desenvolveria incentivos para apoiar atividades de pesquisa, mas não define esses incentivos nem indica como seriam distribuídos. Similarmente, o parágrafo 27(b) declara que a OPAS ajudaria os Estados Membros no desenvolvimento de estruturas apropriadas de governança da pesquisa, mas faltou uma definição dessas estruturas.

107. Expressou-se preocupação com as metas de financiamento estabelecidas nos parágrafos 27(d) e 37; um delegado observou que elas foram estabelecidas para os países em desenvolvimento, o que não era o caso de todos os países na Região. Sugeriu que os Estados Membros devem ser encorajados a separar fundos dedicados à pesquisa de saúde em vez de serem obrigados a se comprometer com metas específicas. Ao mesmo tempo, expressou-se apoio à recomendação de que 5% dos orçamentos básico e voluntário combinados da OPAS deveriam ser utilizados no apoio à pesquisa, embora se tenha indicado que as implicações financeiras reais dessa recomendação não estavam refletidas no documento.

108. Uma delegada sugeriu que a liderança dos ministérios da saúde era a única forma de vincular a pesquisa e inovação com as prioridades do desenvolvimento social e da saúde pública e garantir coerência na alocação de recursos financeiros e no treinamento de recursos humanos. Ela também sugeriu o acréscimo de um novo subparágrafo (g) ao parágrafo 22 da política, dizendo: “promover mecanismos participativos para avaliação da política de pesquisa para a saúde.”

109. Outra delegada solicitou mais detalhes sobre a complementaridade entre a estratégia proposta e o Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual e a Estratégia da OMS sobre Pesquisa para Saúde. Ela também pediu que se esclarecesse como a OPAS, conforme declarado no parágrafo 31(e), “facilitaria a comunicação e coordenação entre saúde pública e os setores industriais para encorajar o desenvolvimento de novos produtos e procedimentos que abordem prioridades relevantes.” Ela elogiou o parágrafo 20 da política, que articulava a necessidade de apoiar um enfoque inclusivo e multisetorial para a pesquisa, e sublinhou a importância de abordagens participativas comunitárias que promovam a participação de povos indígenas na pesquisa, incluindo o uso de conhecimento tradicional.

110. O Dr. Di Fabio observou que todos os comentários do Comitê ajudariam a melhorar tanto o documento como o projeto de resolução. Em particular, observou que o documento precisaria ser revisado a fim de esclarecer algumas questões orçamentárias.

111. O Dr. Luis Gabriel Cuervo Amore (Assessor Sênior, Promoção e Desenvolvimento da Pesquisa, RSPA) ressaltou que a principal ênfase da política não era que a OPAS por si só deveria se tornar um órgão de pesquisa, mas ajudar na formação de capacidade nos Estados Membros para usar os resultados das pesquisas a fim de identificar áreas nas quais se deveria buscar pesquisa adicional, e cobrir as lacunas existentes integrando o conhecimento adquiridos nos processos de tomada de decisão.

112. A Diretora observou que, embora a Organização tenha realizado atividades de pesquisa por muitos anos, inclusive em doenças tropicais, reprodução humana, etc., carecia de uma política apropriada para determinar a ênfase mais útil e os mecanismos mais apropriados para fomentar o progresso. A Organização pretendia continuar a ter

componentes de pesquisa em suas várias atividades, mas agora queria harmonizá-las numa política, para que os Estados Membros possam estar confiantes de que a política da OPAS reflete suas próprias necessidades nacionais e possam se sentir identificados com a política. Consequentemente, era muito importante formular uma política que cubra dois aspectos distintos da pesquisa: a criação de conhecimento e a utilização desse conhecimento.

113. Com relação à explicação acerca dos incentivos, ela observou que alguns países haviam tido experiências bem-sucedidas com o uso de pequenas doações para orientar pesquisa dirigida a temas prioritários, por exemplo, dando apoio a estudantes de graduação e pós-graduação cujas teses abordam esses temas. A OPAS também trabalhou com a Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (PAHEF), que tinha um programa de pequenas doações utilizadas para realizar pesquisas dirigidas a temas que haviam sido de alguma forma negligenciados, mas que estavam emergindo como questões importantes, como a obesidade infantil ou determinados aspectos das doenças crônicas.

114. Em relação ao que significa a expressão “estruturas de governança da pesquisa”, a OPAS estava trabalhando estreitamente em parceria com outras agências das Nações Unidas e entidades interamericanas para apoiar e fortalecer os órgãos nacionais responsáveis pela ciência e tecnologia, muitos dos quais só possuíam ligações fracas com os ministérios da saúde e o setor de saúde em geral. Assim, seus programas de pesquisa tendem a ignorar as prioridades do setor de saúde, conforme revelado por vários estudos empreendidos em preparação para conferências internacionais relevantes como a da Cidade do México e a de Bamako.

115. Quando o Comitê considerou o projeto de resolução sobre esse tema (Documento CE144/11, Anexo C), várias delegações propuseram uma série de modificações. Por exemplo, uma delegação gostaria que a resolução contivesse uma disposição no sentido de aumentar ao máximo a disponibilidade gratuita e irrestrita de informação sobre saúde no domínio público, enquanto outra considerou que essa disposição poderia infringir as obrigações de proteção de dados do Acordo sobre Aspectos Relacionados ao Comércio dos Direitos de Propriedade Intelectual (Acordo TRIPS). Uma delegação considerou que a resolução deveria solicitar que a OPAS fornecesse recursos básicos adequados para a implementação da Política de Pesquisa para Saúde e para o Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, explicando que isso evitaria que os recursos alocados para uma área causassem uma redução nos alocados para outra. Outra delegação considerou que o financiamento do Plano de Ação era uma questão separada e que não havia necessidade de mencionar a saúde pública, a inovação e a propriedade intelectual numa resolução sobre política de pesquisa para saúde. Uma delegação considerou que a resolução deveria promover o desenvolvimento de um possível padrão para a divulgação de dados econômicos sobre medicamentos registrados para venda, incluindo informação sobre custos de pesquisa e desenvolvimento, enquanto outra disse que a divulgação

desses dados patenteados seria ilegal em seu país, já que infringiria as disposições antimonopólio.

116. Na discussão subsequente a delegação que propôs a última disposição modificou sua proposta, explicando que sua intenção era promover a criação de mecanismos de transparência para a divulgação de informação que possa ser útil para o desenvolvimento de produtos, e vinculou sua proposta a várias disposições da própria política.

117. Considerando as opiniões fundamentalmente diferentes das delegações, foi estabelecido um grupo de redação, incluindo as delegações da Bolívia, Estados Unidos da América, México e Suriname.

118. Durante a reunião do grupo de redação, as delegações expressaram suas opiniões sobre as questões relativas à propriedade intelectual. Após o debate, acordaram alterações baseadas nas propostas apresentadas.

119. Uma versão modificada do projeto de resolução produzida por esse grupo foi subsequentemente enviada ao Comitê Executivo, que o adotou sem mais modificações como Resolução CE144.R19, recomendando que o 49º Conselho Diretor endosse a Política da OPAS sobre Pesquisa para Saúde.

Estratégia e plano de ação para saúde mental (Documento CE144/12)

120. O Presidente chamou atenção para o Documento CE144/12 e deu início ao debate.

121. O Comitê expressou apoio à Estratégia e Plano de Ação sobre Saúde Mental, que era vista como um meio de alcançar objetivos internacionais e regionais de saúde mental, promovendo a boa saúde mental, prevenindo distúrbios de saúde mental e fortalecendo o acesso a serviços de saúde mental. Vários delegados descreveram as experiências de seus países na provisão de serviços de saúde mental e expressaram sua vontade de colaborar com outros Estados Membros em iniciativas de saúde mental. Enfatizou-se a necessidade de cooperação técnica, incluindo a cooperação técnica entre países, para programas de saúde mental, assim como a necessidade de mobilizar financiamento para esses programas. Expressou-se apoio à proposta incluída no Anexo F do documento de formar parcerias com outras agências internacionais a fim de mobilizar financiamento.

122. A referência na Área Estratégica 2 a ambientes saudáveis como escolas e comunidades foi bem recebida e chamou-se atenção para a importância do local de trabalho como área focal para detecção de distúrbios da saúde mental. Elogiou-se o reconhecimento da questão da co-morbidade em pacientes de saúde mental no documento. Ressaltou-se a natureza transversal dos problemas de saúde mental, bem como a necessidade de integrar intervenções através de diferentes ambientes e grupos etários.

123. Expressou-se forte apoio a modelos comunitários de saúde mental e abordagens culturalmente específicas, particularmente para os povos indígenas. Enfatizou-se a necessidade de realizar pesquisas sobre saúde mental das populações indígenas, e sugeriu-se que o parágrafo 2(g) do projeto de resolução sobre esse tema deve incentivar as pesquisas que tenham uma abordagem intercultural. Expressou-se apoio também à proposta, na atividade 4.1.2, de criar um grupo de trabalho regional para apoiar o treinamento em saúde mental. Ressaltou-se o papel que os Centros Colaboradores da OMS na Região poderiam desempenhar nesse sentido.

124. A coleta de dados e a vigilância epidemiológica com relação à saúde mental foram consideradas essenciais. Era especialmente importante contar com dados precisos sobre questões de saúde mental que afetam os jovens e enfatizou-se o valor do intercâmbio de experiências e melhores práticas com relação à prevenção do abuso de substâncias entre os jovens.

125. O Comitê expressou algumas preocupações com relação a aspectos específicos do Plano, especialmente alguns dos indicadores. Os relativos à avaliação abrangente dos sistemas de saúde e melhoria dos sistemas nacionais de informação e à Área Estratégica 3 foram citados como exemplos. Sugeriu-se que cada país deve selecionar os indicadores mais representativos de suas circunstâncias. Indicou-se também que o documento não fazia referência aos riscos de saúde mental associados com o número crescente de idosos que cuidam de outros idosos, e sugeriu-se que essa questão deveria ser levada em conta quando o documento for revisado. Algumas delegações indicaram que iriam enviar comentários adicionais sobre o Plano por escrito.

126. Observando que a Estratégia e Plano de Ação baseou-se numa visão geral da Região, uma delegada disse que, a fim de evitar a extrapolação automática de conceitos, modelos de atenção e estruturas institucionais, cada país poderá avaliar seu próprio sistema de saúde mental, utilizando a metodologia padronizada da OMS se desejasse. Seu governo não considerava a atividade nacional 1.1.4 apropriada porque constituiria uma clara intromissão nas políticas públicas de cada país e porque ia além do objetivo específico da OPAS, que era fornecer apoio técnico aos esforços locais.

127. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA) agradeceu aos delegados as sugestões relativas ao Plano de Ação e sua disposição para trabalhar com a Repartição na melhoria dos indicadores.

128. O Dr. Jorge Rodríguez (Assessor Sênior, Saúde Mental, Deficiências e Reabilitação, RSPA) disse que, na preparação da Estratégia e Plano de Ação, a Repartição recebeu informação e contribuições de muitos Estados Membros, assim como dos Centros Colaboradores e outras organizações. O insumo contínuo dos Estados Membros seria importante não só para aprimorar o Plano de Ação, mas também para implementá-lo, baseando-se na experiência dos países da Região. Ele reconheceu o valor

da cooperação horizontal e observou que alguns países da Região já estavam implementando essas atividades de cooperação. Ele concordou que alguns dos indicadores precisavam ser aprimorados; a questão era complexa, devido à enorme lacuna na informação, o que dificultava a obtenção de indicadores adequados para todos os países. A Área Estratégica 5 do Plano de Ação visava precisamente a reduzir essa lacuna. O Plano também procurou reduzir o déficit de recursos, a maioria dos quais ainda estava concentrado nos hospitais psiquiátricos. Ele também concordou que a saúde mental era uma questão transversal e que eram necessárias abordagens interprogramáticas, que poderiam facilitar a mobilização de recursos. A integração da saúde mental nos sistemas de saúde geral seria crucial no processo de modernização dos serviços de saúde mental.

129. O Comitê aprovou a Resolução CE144.R8, sujeita à revisão do Plano de Ação antes da próxima sessão do Conselho Diretor.

Plano de ação sobre a saúde do adolescente e do jovem (Documento CE144/13, Rev. 1)

130. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/13, Rev. 1 e deu início ao debate.

131. Os delegados expressaram apoio ao Plano de Ação e descreveram algumas das iniciativas de saúde dos adolescentes e jovens que estavam sendo executadas em seus países. Aplaudiu-se a abordagem integrada e interprogramática do Plano. Vários delegados indicaram que havia claras sobreposições entre esse Plano de Ação e outras estratégias, planos e iniciativas para a Região e ressaltou que a RSPA e as representações precisavam assegurar a coordenação contínua e a comunicação fluida em todos os programas, assim como trabalhar com outras agências do sistema das Nações Unidas na implementação do Plano. Enfatizou-se a importância de integrar atividades financiadas por doadores, combinar recursos e harmonizar instrumentos.

132. Uma delegada ficou satisfeita ao observar que a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança foi a base para o Plano de Ação e encorajou uma ênfase no comprometimento dos jovens. Outro delegado enfatizou a necessidade de reconhecer os direitos e responsabilidades dos pais e outras pessoas legalmente responsáveis pelos adolescentes no sentido de oferecer orientação apropriada sobre questões sexuais e reprodutivas, atividade física, alimentação e os riscos do abuso de substâncias e outros comportamentos. Indicou também que as escolas poderiam dar uma contribuição importante para a saúde e o bem-estar dos jovens.

133. O Delegado do México apelou à OPAS para ajudar os países a combater a influência de companhias multinacionais poderosas cujos produtos, incluindo o álcool e o tabaco, têm efeito prejudicial sobre a saúde de menores. Também indicou que seu país teria dificuldade em trabalhar com a faixa de 10-24 anos proposta no Plano de Ação, pois

o Ministério da Saúde aplicava critérios de idade diferentes em seus programas dirigidos aos jovens.

134. Foram feitas várias sugestões com relação a metas e indicadores específicos do Plano de Ação. Também foram propostas várias modificações do projeto de resolução sobre o tema. Em particular, enfatizou-se a necessidade de assegurar coerência na utilização dos termos “adolescente,” “juventude” e “jovens”, assim como a necessidade de esclarecer quais grupos estavam sendo visados pelas atividades propostas. Nesse sentido, um delegado sugeriu que alguns dos termos e acrônimos mencionados no Plano de Ação deviam ser definidos mais claramente em um anexo, incluindo, por exemplo, os termos “adolescente”, “juventude” e “país de alto impacto”. Expressou-se preocupação de que algumas das metas, embora louváveis, podem ser muito ambiciosas para a OPAS, como a relacionada à redução de mortes por acidente de trânsito, por exemplo. Várias delegações indicaram que enviariam comentários e sugestões adicionais por escrito.

135. A Representante do Fundo de População das Nações Unidas elogiou a OPAS por sua liderança na saúde dos adolescentes e jovens, observando que desempenhava um papel crucial na facilitação da coordenação entre as várias agências das Nações Unidas. Ela examinou alguns dos trabalhos do UNFPA com a OPAS na promoção da saúde dos adolescentes e jovens e ressaltou a necessidade de programas para responder às necessidades de saúde física e mental de pessoas na faixa etária de 20-24 anos.

136. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) disse que o Plano de Ação foi desenvolvido num processo participativo com partes interessadas, funcionários da RSPA, agências das Nações Unidas, contrapartes sub-regionais e nacionais e os próprios adolescentes e jovens. A OPAS estava fazendo todos os esforços para assegurar que os assessores técnicos dos países trabalhassem de maneira mais integrada para facilitar a coordenação sobre questões que eram importantes para os países, especialmente em conexão com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e ações para populações vulneráveis, incluindo jovens e adolescentes.

137. Respondendo a um comentário sobre recursos para implementar o Plano, ela disse que a OPAS atribuía grande importância ao objetivo estratégico 4 do Plano Estratégico. Estavam sendo envidados esforços para fortalecer o apoio financeiro a esse objetivo, especialmente através dos recursos extraorçamentários. A Repartição estava comprometida em trabalhar com todos os países da Região com o objetivo de intercambiar experiências e identificar oportunidades para cooperação horizontal. A coordenação era um grande desafio, mas estava sendo registrado progresso com novos modelos de administração. O Plano de Ação permitiria que os países e organizações trabalhassem juntos ainda mais estreitamente. O estabelecimento de grupos horizontais em toda a Repartição também iria facilitar uma abordagem integrada.

138. A Dra. Matilde Maddaleno (Assessora Sênior, Saúde do Adolescente, RSPA) disse que tomou nota das recomendações feitas pelos delegados. Ela reconheceu que o Plano de Ação era muito ambicioso, mas sua grande força reside no fato de se basear num acordo entre várias agências. Funcionários da OPAS se reuniram com representantes de todas as agências das Nações Unidas na Região, que concordaram quanto às ações a serem realizadas e o financiamento do Plano. Graças à combinação de recursos para o primeiro levantamento caribenho, cerca de \$1 milhão estavam atualmente disponíveis. Embora esses fundos não viessem diretamente para a RSPA, as agências envolvidas colocariam os recursos em diferentes países para o segundo levantamento caribenho. Além disso, \$9 milhões estavam disponíveis em Honduras para um projeto sobre saúde sexual e reprodutiva que seria executado conjuntamente pelo UNFPA, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a RSPA. A Repartição estava trabalhando com a agência espanhola de cooperação numa iniciativa para os jovens indígenas. Com relação à preocupação acerca das faixas etárias, explicou que as agências envolvidas estavam trabalhando para chegar a um consenso sobre as idades a serem utilizadas para fins de programação e notificação.

139. A Dra. Socorro Gross (Subdiretora da RSPA) observou que o Plano de Ação era particularmente importante na atual conjuntura, considerando, por um lado, o “bônus demográfico” da Região e, por outro, as altas taxas de mortalidade materna, infecção pelo HIV/AIDS, lesões intencionais e não intencionais e suicídios entre adolescentes e jovens.

140. O Comitê aprovou a resolução CE144.R6 sobre esse tema.

Plano de Ação para a aplicação da Política de Igualdade de Gênero (Documento CE144/14)

141. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), apresentando o tema, informou que o Subcomitê recebeu com satisfação o Plano de Ação, considerando-o abrangente, inovador e bem formulado, embora os membros tenham notado também várias áreas nas quais o Plano pode ser fortalecido. Em particular, considerou-se que alguns dos indicadores propostos devem ser esclarecidos, expandidos ou refocalizados. Incentivou-se a Repartição a identificar indicadores desenvolvidos por outras organizações internacionais ou por entidades nacionais que possam ser úteis no monitoramento do progresso na implementação da Política de Igualdade de Gênero. Sublinhou-se a necessidade de assegurar que os indicadores sejam comparáveis entre os países, assim como a necessidade de identificar indicadores que possam servir de base para decisões. Vários delegados observaram que o Plano de Ação proposto oferecia uma ampla oportunidade para colaboração entre países e enfatizaram o valor do intercâmbio de experiências e lições aprendidas em iniciativas de igualdade de gênero executadas em cada país.

142. O Comitê Executivo expressou sólido apoio ao Plano de Ação proposto, que era visto como um quadro abrangente para o trabalho contínuo rumo à equidade de gênero tanto pela Repartição Sanitária Pan-Americana como pelos Estados Membros. As áreas estratégicas do Plano foram consideradas claras e factíveis e reconheceu-se sua potencial contribuição para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e outros objetivos da igualdade de gênero. O Comitê enfatizou que a OPAS e os Estados Membros precisavam alocar recursos suficientes e assegurar a infraestrutura e a capacidade necessária para a implementação do Plano. Vários delegados descreveram políticas e iniciativas legislativas em seus países que visavam alcançar a igualdade de gênero na saúde reprodutiva e em outras áreas.

143. Aplaudiu-se a liderança da OPAS no tema da igualdade de gênero na saúde, conforme descrito no Anexo A-2 do Documento CE144/14. Indicou-se que dois membros do Comitê Executivo – Bolívia e México – haviam ganhado anteriormente o concurso da RSPA para integração plena do gênero no setor de saúde. O concurso foi elogiado como um meio de intercambiar experiências bem-sucedidas e formar a base de dados de melhores práticas da Organização sobre integração do gênero.

144. Sugeriram-se vários aprimoramentos adicionais dos indicadores no Plano de Ação. Por exemplo, deviam ser incorporados indicadores para avaliar a qualidade das atividades propostas. No caso dos indicadores para o objetivo 1.1, pode-se acrescentar um indicador para avaliar a qualidade da análise de gênero empreendida na edição de 2012 do *Health in the Americas*. Considerou-se que também é preciso trabalhar mais no indicador relativo às contribuições da atenção à saúde não remunerada nas contas de saúde nacionais a fim de especificar essas contribuições e como elas seriam refletidas nas contas. Sugeriu-se também que alguns dos indicadores devem ser refocalizados: o indicador sobre ferramentas para análise de gênero e saúde no objetivo 2.1, por exemplo deve não só medir a periodicidade em que essas ferramentas são acessadas, mas também avaliar se as mesmas são benéficas ao usuário e levam a melhorias reais.

145. O Delegado dos Estados Unidos da América sugeriu que a Repartição e os Estados Membros podem usar o sistema on-line de dados de saúde do seu Governo (www.healthstatus2010.com/owh/), que é uma ferramenta útil para obter e analisar rapidamente dados sobre gênero, raça, etnia, idade e outras variáveis demográficas para a elaboração de políticas, entre outros usos.

146. Com o objetivo de promover a abordagem “One UN” para a incorporação das questões de gênero nas políticas públicas, o Delegado do Suriname sugeriu acrescentar um novo parágrafo operacional ao projeto de resolução sobre esse tema, pedindo que os Estados Membros e o Diretor promovam e fortaleçam parcerias com outras agências das Nações Unidas e outras organizações para apoiar a implementação do Plano de Ação.

147. A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Assessora Sênior, Gênero, Etnia e Saúde, RSPA) agradeceu ao Comitê por seu apoio ao Plano de Ação, observando que a Repartição consultou amplamente representantes dos Estados Membros para elaborar o Plano, que era flexível e poderia ser modificado e aprimorado conforme necessário durante sua implementação. A Repartição tinha consciência de que alguns dos indicadores eram fracos e estava trabalhando para fortalecê-los. No caso do indicador relativo às contas de saúde nacionais, planejou-se uma reunião com alguns dos “grandes pensadores” sobre a questão a fim de elaborar uma estratégia para incorporar a contribuição da mão de obra não remunerada. Esperava-se que essa estratégia rendesse melhores indicadores.

148. Ela concordou que era importante incluir indicadores para medir o impacto das atividades empreendidas. Como exemplo desse impacto, citou uma iniciativa de treinamento em análise de gênero executada no Caribe, que resultou em um perfil da infecção pelo HIV com uma perspectiva de gênero, o qual seria utilizado para melhorar as políticas públicas sobre HIV/AIDS. Com relação ao indicador relativo à análise de gênero na principal publicação da OPAS, *Health in the Americas*, observou que o volume regional recebeu alta qualificação em uma avaliação feita pela OMS da edição de 2007, mas nos capítulos referentes a cada país faltava desagregação de dados e análise da informação sob uma perspectiva de gênero e etnia. A Repartição estava trabalhando para remediar essas falhas na edição de 2012.

149. Ela parabenizou a Bolívia e o México por ganharem o concurso de incorporação plena das questões de gênero, observando que a Bolívia recebeu o prêmio duas vezes, e encorajou todos os Estados Membros a continuar contribuindo com suas experiências para a base de dados de melhores práticas da Organização.

150. Por último, elogiou a modificação proposta pelo Suriname e assegurou ao Comitê que a OPAS estava colaborando com outras agências do sistema das Nações Unidas na incorporação das questões de gênero.

151. A Diretora disse que a Organização também estava trabalhando com outras organizações no sistema interamericano e com uma rede de ONGs envolvidas na incorporação das questões de gênero e empoderamento da mulher. Aplaudiu o trabalho em andamento no âmbito nacional que visa a avançar a igualdade de gênero na saúde. Todos os envolvidos nessas iniciativas seriam parceiros valiosos da Repartição na implementação do Plano de Ação.

152. O Comitê endossou o Plano de Ação, aprovando a Resolução CE144.R4.

Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos (Documento CE144/15, Rev. 1)

153. O Presidente chamou atenção para o Documento CE144/15, Rev. 1 e deu início ao debate.

154. O Comitê aplaudiu os esforços da OPAS na elaboração de diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos e ressaltou a necessidade de fortes sistemas reguladores com base em princípios éticos a fim de garantir a segurança da recuperação e transplante de órgãos e o acesso equitativo a células, tecidos e órgãos doados. A importância de desencorajar a comercialização de órgãos e promover a doação altruísta também foi sublinhada, assim como a importância de se alcançar a autossuficiência nacional na doação de órgãos. Os delegados enfatizaram a necessidade de encorajar a doação de mortos e assegurar a proteção e monitoramento pós-transplante e atenção aos doadores vivos.

155. Uma delegada questionou a ênfase atribuída no documento e projeto de resolução às diretrizes e recomendações da Rede/Conselho Ibero-Americano de Doação e Transplante (RDCIT), indicando que nem todos os Estados Membros da OPAS pertenciam ao RDCIT. Ela encorajou a Repartição a basear as diretrizes de política nos Princípios Orientadores sobre Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos da OMS. Indicou também que muitos dos países europeus mencionados no parágrafo 4 do documento, cujas taxas de doação de órgãos os Estados Membros da OPAS deveriam procurar atingir, tinham políticas de consentimento presumido, diferentemente de muitos países nas Américas. Na sua opinião, os Estados Membros da OPAS deviam ser encorajados a elevar suas taxas de doação aumentando a conscientização, promovendo o treinamento de coordenadores de transplante e outras medidas.

156. O Delegado do Haiti perguntou por que o parágrafo 2(f) do projeto de resolução se referia especificamente aos países caribenhos de língua inglesa, em vez de aos países caribenhos em geral. Ele também perguntou se as referências na resolução a “células humanas” incluíam células tronco embriônicas. Tendo em mente que o uso dessas células ainda era um tema de debate acirrado em todo o mundo, ele acreditava que o texto da resolução deveria declarar claramente que a referência a células humanas não incluía células embriônicas.

157. O Comitê expressou sólido apoio aos Princípios Orientadores sobre Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos da OMS; contudo, alguns membros eram de opinião de que, como a 62ª Assembleia Mundial de Saúde havia adiado a consideração dos Princípios Orientadores revisados até 2010, seria prematuro os Órgãos Diretores da OPAS aprovarem uma resolução sobre o assunto. Um delegado indagou se, caso o 49º Conselho Diretor adotasse uma resolução, seria necessário adotar outra depois que os Princípios Orientadores fossem aprovados pela Assembleia Mundial.

158. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA) observou que a Diretoria Executiva da OMS examinou os Princípios Orientadores revisados e aprovou uma resolução. Quando a Repartição redigiu o documento e projeto de resolução, presumiu-se que o documento e resolução da Diretoria Executiva seriam submetidos à aprovação da Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2009. Como é do conhecimento geral, isso não aconteceu. Contudo, devido à importância da questão, considerou-se aconselhável proceder com a discussão do assunto na OPAS e apresentar um projeto de resolução que forneceria um contexto para o trabalho em andamento tanto da Repartição como dos Estados Membros. O Comitê pode, é claro, decidir adiar a adoção de uma resolução no âmbito regional para depois que a Assembleia Mundial da Saúde aprovar os Princípios Orientadores revisados. De qualquer forma, a OPAS continuaria a dar apoio aos Estados Membros com relação à doação e transplante de órgãos, enfatizando em particular a necessidade de estabelecer medidas legais apropriadas com base nos Princípios Orientadores a fim de regulamentar a doação e o transplante de órgãos e assegurar o acesso equitativo a órgãos doados. Opinou que não seria necessária uma nova resolução em 2010, porque os Princípios Orientadores mencionados na resolução já existiam, tendo sido aprovados em 1991. A Assembleia Mundial da Saúde estaria simplesmente aprovando uma atualização dos Princípios.

159. Ele esclareceu que a referência na resolução a “células humanas” não incluía células tronco embrionárias, justamente porque essa questão ainda estava sendo discutida, e disse que a referência a “países caribenhos de língua inglesa” seria alterada para se referir a todos os países caribenhos.

160. O Comitê aprovou a resolução CE144.R12 sobre esse tema.

Saúde e turismo (Documento CE144/16)

161. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/16 e deu início ao debate.

162. O Comitê ressaltou a importância do turismo para o desenvolvimento sustentável dos países da Região, especialmente levando em consideração a atual crise econômica internacional, a pandemia de gripe H1N1 e a emergência e reemergência de outras doenças transmissíveis como a dengue. O Comitê reconheceu também o papel do turismo como meio de criar riqueza e desse modo melhorar a saúde de indivíduos em áreas turísticas. Assinalou-se a relevância da iniciativa da OPAS sobre saúde e turismo para a Declaração de Compromisso de Port-of-Spain no sentido de garantir o futuro dos cidadãos promovendo prosperidade humana, segurança energética e sustentabilidade ambiental, adotada recentemente pela Quinta Cúpula das Américas.

163. O turismo de saúde, especialmente o turismo para transplante, foi identificado como uma questão que levantava sérias preocupações com relação à equidade e acesso aos serviços de saúde. A Delegada da Argentina observou que os países do Mercado

Comum do Sul (Mercosul) assinaram um acordo que visava a deter e punir o turismo empreendido com o único propósito de obter um transplante. Ela sublinhou a necessidade de aumentar a conscientização entre turistas acerca da necessidade de tomar precauções a fim de evitar potenciais riscos de saúde, particularmente em viagens ao exterior, quando talvez não tenham acesso rápido a serviços de saúde.

164. Alguns delegados consideraram que o documento sobre esse tema carecia de clareza e foco e recomendaram que o mesmo fosse revisado para ficar mais explícito antes de ser enviado ao Conselho Diretor. Sugeriu-se, por exemplo, que era necessário definir expressões como “saúde do turista” e “turismo de saúde” e esclarecer a ligação entre a análise da situação geral e a proposta de estabelecer um fórum regional sobre turismo de saúde. Com relação a este último, indicou-se que, embora as funções do fórum estivessem amplamente traçadas, o documento não indicava como as várias questões mencionadas seriam abordadas. Assinalou-se também que o projeto de resolução solicitava que o Diretor preparasse um plano de ação regional, mas o documento não propunha nenhum objetivo, indicador ou atividade para esse plano. Enfatizou-se que qualquer plano de ação a ser formulado deveria estar vinculado a outras partes interessadas dentro da Organização dos Estados Americanos. Um delegado, referindo-se aos parágrafos 4(b) e 4(e) do documento, disse que a questão do turismo sustentável estava fora do campo de ação da OPAS. Vários delegados consideravam que as implicações financeiras do projeto de resolução sobre esse tema foram seriamente subestimadas, particularmente tendo em vista a pandemia de gripe e seu impacto econômico sobre as áreas turísticas, e encorajaram a Repartição a revisar os números do orçamento antes do Conselho Diretor.

165. O Dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) agradeceu aos delegados por seus comentários e sugestões. A Repartição estudaria os acordos e mandatos existentes no campo da saúde e do turismo que possam ser úteis na preparação da versão final do documento. Com relação ao mandato da RSPA na área do turismo sustentável, ele se referiu às questões de saúde que estavam envolvidas na sustentabilidade do turismo, como assegurar a segurança da água e a qualidade dos alimentos. A Repartição revisaria o documento para deixar claro que o apoio ao turismo sustentável era somente um aspecto de seu trabalho em saúde e turismo. Com relação aos custos, ele indicou que o trabalho da Repartição visava a apoiar ações existentes e facilitar o diálogo regional, não uma intervenção técnica. Por isso, as estimativas de custo eram modestas; contudo, as mesmas seriam revisadas tendo em vista o impacto da pandemia de gripe.

166. A Diretora disse que o trabalho da Organização se orientava para ações relativas à relação entre saúde e turismo; contudo, não havia planos de montar uma unidade especial com um orçamento próprio. A OPAS trabalhou com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) na adaptação de uma metodologia que estava sendo usada por instituições financeiras internacionais para medir o impacto econômico de

desastres naturais. Essa metodologia estava sendo utilizada para estudar o impacto da pandemia de gripe, incluindo seu impacto sobre o setor de turismo. Em seu trabalho na área de saúde e turismo, a OPAS formou parcerias com outras organizações internacionais, incluindo a Organização Mundial do Turismo, a Organização dos Estados Americanos, o Banco Mundial e várias associações e operadores de turismo.

167. O Comitê aprovou a resolução CE144.R14 sobre o tema, sujeito à revisão do documento em conformidade com os comentários e sugestões dos membros do Comitê.

Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde (Documento CE144/17)

168. O Presidente chamou atenção para o Documento CE144/17 e deu início ao debate.

169. O Comitê Executivo expressou sólido apoio ao desenvolvimento de redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde (APS), que eram vistas como um meio de melhorar a situação da saúde, reduzir iniquidades de saúde, estender a cobertura, melhorar a qualidade da atenção e conter os custos da atenção reduzindo os serviços secundários e terciários que são mais caros. Indicou-se a contribuição que essas redes poderiam fazer para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Ressaltou-se a importância de disponibilizar os serviços de saúde perto do lugar onde as pessoas moram. Vários delegados descreveram os esforços de seus países para assegurar o acesso universal mediante redes integradas de serviços de atenção primária à saúde. Enfatizou-se que qualquer estratégia para melhorar os sistemas de saúde deveria basear-se nas melhores evidências disponíveis.

170. Embora os problemas de segmentação e fragmentação tenham sido reconhecidos, indicou-se que o valor das parcerias público-privadas não deveria ser subestimado, já que poderiam ajudar a reduzir os custos e expandir a cobertura. O Fundo Global de Luta Contra a AIDS, Tuberculose e Malária foi citado como um exemplo de parceria público-privada bem-sucedida.

171. Incentivou-se a OPAS a combinar seu trabalho nessa área com o trabalho da OMS e a se basear em estratégias e esquemas existentes, como o quadro de ação da OMS apresentado na publicação *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, na série *Making Health Systems Work* e no *World Health Report 2008: Primary Health Care—Now More than Ever*.

172. Com relação ao documento e projeto de resolução sobre esse tema, opinou-se que era preciso fortalecer a definição de “rede integrada de serviços de saúde” no documento e esclarecer os exemplos. Sugeriu-se também explicar a expressão “atenção apropriada”. Uma delegada, observando que o parágrafo 10 do documento parecia refletir um possível

afastamento dos programas centrados em doenças prioritárias, enfatizou que esses programas devem continuar fazendo parte dos esforços inclusivos para melhorar a saúde para todos. Outro delegado sublinhou a necessidade de estabelecer metas e indicadores claros a fim de poder medir o progresso no fortalecimento dos sistemas de saúde mediante o desenvolvimento de redes integradas de serviços de saúde. Um terceiro delegado sugeriu que, em vez de se referir à equidade de gênero, o documento deveria se referir mais amplamente a não-discriminação, equidade e justiça social, o que abrangeria o conceito de equidade de gênero. O mesmo delegado também sugeriu que os exemplos de instrumentos de políticas e mecanismos institucionais para a criação de redes integradas de serviços de saúde deveriam incluir exemplos relativos aos determinantes sociais da saúde. Enfatizando a importância crucial dos recursos humanos para a implementação bem-sucedida de redes integradas, ressaltou a necessidade de considerar as questões de equidade, como as diferenças nos salários. Tendo em vista o debate sobre saúde familiar e comunitária no Comitê (veja os parágrafos 199 a 205), um delegado sugeriu que o projeto de resolução deveria encorajar os Estados Membros a preparar um plano nacional de ação promovendo a criação de redes integradas de serviços de saúde com um enfoque de saúde familiar e comunitária como modalidade preferida para os serviços de saúde.

173. O Dr. Hernán Montenegro (Assessor Sênior, Sistemas de Saúde e Proteção Social, RSPA) explicou que o Documento CE144/17 era uma versão resumida de um documento que fornecia informação mais abrangente, incluindo definições de termos. A Repartição revisaria o documento a ser enviado ao Conselho Diretor levando em consideração os comentários do Comitê e iria se empenhar para expandir e esclarecer algumas das definições. Contudo, com relação à expressão “rede integrada de serviços de saúde”, a definição era difícil, em parte porque na literatura sobre o tema existia uma série de diferentes definições. A que consta no Documento CE144/17 foi adaptada do trabalho de Stephen Shortell, um célebre especialista no assunto. A mesma foi discutida e endossada por participantes nas várias consultas nacionais, sub-regionais e regionais mencionadas no parágrafo 7 do documento.

174. Deliberadamente mantiveram-se as definições no documento razoavelmente amplas e gerais para que fossem bastante flexíveis de modo a acomodar as diferenças na organização e gestão de serviços de saúde nos vários países da Região. O que constituía “atenção apropriada”, por exemplo, variava de país para país, mas em geral o termo significava que a atenção era oferecida de forma oportuna num ambiente apropriado por pessoal apropriado utilizando tecnologia apropriada.

175. Embora o documento não tivesse a intenção de ser um plano de ação ou levar a ele – justamente porque as características e necessidades dos Estados Membros diferiam amplamente – a Repartição tentaria identificar alguns indicadores genéricos, conforme sugerido pelo Comitê. O propósito do documento era propor uma estratégia para operacionalizar a renovação dos serviços primários de saúde e assim pôr em prática os

princípios da atenção primária à saúde estabelecidos no *World Health Report 2008* e em várias resoluções da Assembleia Mundial da Saúde. A proposta apresentada no Documento CE144/17 tinha a intenção de contribuir, em particular, para a implementação da Resolução WHA62.12 na Região, incluindo a ênfase da resolução no acesso universal e na atenção à saúde centrada nas pessoas.

176. Conforme indica o documento (no parágrafo 18), há poucas evidências empíricas sobre os resultados dos modelos de atenção integrada, especialmente em países de baixa e média renda. Não obstante, a Repartição estava trabalhando para identificar melhores práticas e formar uma base de evidências, através, entre outros, de 11 estudos de caso atualmente em andamento em vários países. Portanto, recebeu com satisfação os relatórios dos delegados sobre as experiências de seus países e encorajou outros Estados Membros a também compartilhar as lições aprendidas de suas experiências com o desenvolvimento de sistemas integrados de saúde com base na APS.

177. Ele concordava plenamente com o valor potencial das parcerias público-privadas. Conforme declarado no parágrafo 16 do documento, a integração de redes possibilitou a formação de uma série de parcerias entre provedores dos serviços de saúde, incluindo públicos e privados e até mesmo provedores em outros países no caso de regiões fronteiriças ou dos acordos de serviços compartilhados que existiam entre alguns países caribenhos.

178. Com relação aos recursos humanos para redes integradas, observou que seriam necessárias novas competências, como a capacidade de trabalhar em equipes multidisciplinares, e teriam que ser criados novos cargos, como o de gerente de atenção integrada. Mais importante, as evidências disponíveis mostram que uma rede de atenção integrada não funcionaria bem se os funcionários não se sentissem valorizados, o que significava assegurar condições de trabalho adequadas e salários justos, assim como a oportunidade de participar das decisões dentro da rede.

179. A Diretora observou que a educação dos profissionais de saúde era um processo longo e, portanto, seria necessária uma visão de longo prazo a fim de treinar recursos humanos e desenvolver as competências necessárias para um modelo integrado de atenção. Não obstante, os sistemas de saúde das Américas não sofrem necessariamente de falta de recursos; pelo contrário, sofriam de um excesso de oportunidades desperdiçadas e perdidas, devido à extrema segmentação e fragmentação que caracterizavam os sistemas.

180. A meta da Repartição ao redigir o resumo e o documento mais longo no qual se baseou foi fornecer um quadro conceitual para o fortalecimento dos sistemas de saúde com base na atenção primária. A integração dos serviços de saúde era vista como um aspecto importante desse esforço. Além disso, em conformidade com o enfoque do ciclo vital de várias estratégias e planos de ação adotados recentemente pelos Órgãos Diretores da Organização, considerou-se importante explorar a melhor maneira de organizar os

serviços de saúde a fim de abordar as várias necessidades de saúde e determinantes da saúde de diferentes grupos populacionais.

181. O Comitê aprovou a Resolução CE144.R7 com a modificação relativa à saúde familiar e comunitária.

Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Documentos CE144/18; CE144/18, Rev. 1; e CE144/18, Add. I)

182. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que durante sua terceira sessão o Subcomitê ouviu um relatório sobre o desenvolvimento de um novo quadro institucional para o BIREME. O novo quadro proposto compreendia três instrumentos legais – um Estatuto, um Acordo de Sede e um Acordo de Instalações – e visava a estabelecer uma nova estrutura de governança e assegurar uma fonte estável e equilibrada de financiamento para o trabalho do BIREME. O Subcomitê examinou um projeto de Estatuto. Contudo, como alguns membros do Subcomitê consideraram que não tinham tido tempo suficiente antes da sessão para examinar esse projeto, sugeriu-se que a discussão deveria continuar de maneira eletrônica através do SharePoint. Os comentários recebidos durante essa discussão eletrônica foram incorporados no Estatuto revisado anexo ao Documento CE144/18, Rev. 1.

183. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) disse que a Repartição colaborou de perto com o Governo do Brasil e com outras partes interessadas na formulação e revisão do projeto de Estatuto apresentado ao Comitê, que inclui as modificações sugeridas pelos Estados Membros após a terceira sessão do SPBA. A Repartição estava confiante de que o Estatuto forneceria uma sólida base legal para a governança do Centro. Convidou-se o Comitê a considerar o Estatuto e encaminhá-lo ao Conselho Diretor para aprovação em setembro de 2009.

184. Na discussão que se seguiu, foram propostas várias modificações nos artigos IV (Membros), VI (Comitê Assessor), VII (Comitê Científico) e VIII (Secretaria) do projeto de Estatuto.

185. A Delegada do Brasil aplaudiu o desenvolvimento de um quadro institucional sólido para a governança, administração e financiamento do BIREME e afirmou o forte apoio de seu governo ao trabalho do Centro no futuro. Durante seus 42 anos, o Centro serviu de instrumento para o compartilhamento e divulgação de informações de saúde. Melhorou amplamente o acesso à informação científica para profissionais e autoridades de saúde nos países da América Latina e Caribe e também melhorou a capacidade dos países de produzir esse tipo de informação. Facilitando e democratizando o acesso à informação através de sua Biblioteca Virtual de Saúde, o BIREME ajudou a reduzir iniquidades e reduzir a diferença entre países em desenvolvimento e desenvolvidos, desse

modo contribuindo também para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na Região. O BIREME era um importante recurso estratégico, que deveria ser fortalecido. O Governo do Brasil acreditava que as Américas deveriam formular uma política regional de política da informação, baseando-se na experiência e nos sucessos do BIREME.

186. A Diretora afirmou que os 42 anos de colaboração da OPAS com o Governo do Brasil através do BIREME foram muito produtivos. Não só o Centro ofereceu cooperação técnica, formou capacidade e aumentou o acesso à informação científica e técnica, mas fez uma contribuição inestimável para o desenvolvimento e a padronização da terminologia em espanhol e português no campo da saúde, beneficiando não só os países das Américas, mas também países da África e outras regiões. O Centro também desempenhou um papel crucial no desenvolvimento da Biblioteca Mundial de Saúde da OMS.

187. A Dra. Jiménez sugeriu que poderia se reunir com a delegação do Brasil e outras delegações interessadas a fim de revisar o Estatuto e incorporar as modificações propostas. Subsequentemente, anunciou que foram feitas as seguintes modificações: No Artigo IV, parágrafo 1, os termos “Estados participantes e membros associados” foram excluídos a fim de esclarecer que os membros do BIREME eram todos os Estados Membros da OPAS. No Artigo VI, parágrafo 4(k), a palavra “permanente” foi excluída de “membros permanentes,” com a intenção de possibilitar que qualquer membro do Comitê Assessor solicite que a Diretora convoque uma sessão especial do Comitê. No Artigo VII, parágrafo 1, a expressão “em sua capacidade individual” foi excluída, para esclarecer que os peritos que estavam atualmente trabalhando para agências do governo poderiam atuar como membros do Comitê Científico. Contudo, esses peritos eram nomeados como especialistas. Assim, a última frase do parágrafo diria: “Os Membros do Comitê Científico devem ser nomeados como especialistas e devem revezar a cada três anos.” Essas modificações foram incluídas no Documento CE144/18, Rev. 1.

188. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R24, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprove o novo quadro institucional para o BIREME, incluindo o projeto de Estatuto, contido no Documento CE144/18, Rev. 1.

Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) (Documentos CE144/19, Rev. 1 e CE144/19, Add. I, Rev. 1)

189. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) indicou que o Subcomitê foi informado de que, em janeiro de 2009, o Conselho Diretor do INCAP resolveu assumir total responsabilidade pela administração do Instituto a partir de setembro de 2009, e modificar o Acordo Básico do INCAP nesse sentido. O Subcomitê também foi informado de que a Diretora estabeleceu

vários grupos para abordar os aspectos técnicos, administrativos e legais da transferência da responsabilidade administrativa, com o objetivo de assegurar uma transição suave e preservar a funcionalidade e liderança do Instituto nas áreas de nutrição e segurança alimentar. O Subcomitê tomou nota do relatório e da decisão do Conselho Diretor do INCAP de assumir a responsabilidade pela administração autônoma do Instituto a partir de setembro de 2009.

190. A Dra. Socorro Gross (Subdiretora da RSPA) disse que o Documento CE144/19 Rev. 1 informa sobre o progresso no processo de reforma institucional registrado desde a sessão de março do SPBA. A maioria dos documentos essenciais para a transferência da responsabilidade administrativa do Conselho Diretor do INCAP foi aprovada, embora o documento que estabelece os termos de referência e procedimento para selecionar o próximo Diretor do INCAP ainda esteja sendo finalizado. Solicitou-se que o Comitê Executivo aprovasse uma resolução recomendando que o 49º Conselho Diretor aprove a transferência da responsabilidade pela administração do INCAP para seu Conselho Diretor.

191. A Diretora observou que, de acordo com a recomendação do auditor externo da OPAS, que também atuou como auditor externo do INCAP, como parte da transferência da responsabilidade administrativa o Instituto designaria seu próprio auditor.

192. O Comitê Executivo tomou nota do relatório e aprovou a Resolução CE144.R20, recomendando que o Conselho Diretor da OPAS aprove a transferência da administração do INCAP para seu Conselho Diretor.

Plano de Ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual (Documento CE144/20)

193. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/20 e deu início ao debate.

194. O Comitê Executivo expressou firme apoio ao Plano de Ação. Vários membros observaram que o mesmo estava totalmente de acordo com seus planos e estratégias nacionais de prevenção da cegueira e deficiências visuais e vários descreveram programas em andamento em seus países. Ressaltou-se a importância da cooperação internacional nessa área, e vários delegados expressaram gratidão pela assistência que seus países receberam através da iniciativa cubana de cirurgia ocular Operación Milagro.

195. Um delegado indagou por que o Plano estabelecia um objetivo específico com respeito à retinopatia da prematuridade, observando que a questão não era abordada explicitamente no Plano de Ação da OMS para a prevenção da cegueira e deficiências visuais evitáveis (Documento A62/7 da OMS). O Delegado do Suriname, observando que pessoas de descendência asiática corriam maior risco de retinopatia diabética em seu país, sugeriu que o objetivo 1.2.2 do Plano, que identifica os hispânicos e os afrodescendentes

como grupos de alto risco, deveria ser modificado para dizer “grupos de alto risco de determinadas origens étnicas, dependendo do país.” Vários delegados indicaram que enviariam comentários por escrito sobre o documento e informação adicional sobre suas iniciativas nacionais de prevenção da cegueira.

196. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área, Tecnologia, Atenção à Saúde e Pesquisa, RSPA), agradecendo ao Comitê por seu apoio ao Plano de Ação, observou que a prevenção da cegueira e das deficiências visuais era parte da agenda inacabada de problemas de saúde na Região, particularmente considerando que 80% dos casos de cegueira eram evitáveis ou curáveis com as tecnologias existentes.

197. O Dr. Juan Carlos Silva (Assessor Regional para a Prevenção da Cegueira, RSPA) explicou que a retinopatia da prematuridade causava mais da metade dos casos de cegueira infantil na América Latina e no Caribe e por isso foi identificada como prioridade no Plano de Ação, que foi elaborado em consulta com peritos de vários países da Região. Agradecendo ao Delegado do Suriname por sua sugestão, ele disse que a Repartição eliminaria a referência a grupos étnicos específicos no objetivo 1.2.2. Ele afirmou que a cooperação internacional era um componente importante do Plano.

198. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R9, recomendando que o Conselho Diretor aprove o Plano de Ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual.

Saúde familiar e comunitária (Documento CE144/21)

199. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/21 e deu início ao debate.

200. O Comitê Executivo aplaudiu a inclusão do tema da saúde familiar e comunitária na agenda dos Órgãos Diretores em 2009 e sublinhou a natureza transversal do tema e sua ligação com outras questões examinadas pelo Comitê, incluindo a saúde dos idosos, saúde de adolescentes e jovens e o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde. Os delegados ressaltaram a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde para responder às necessidades específicas dos indivíduos em diferentes estágios de suas vidas e no contexto de suas famílias e comunidades, e também enfatizou a importância de fortalecer os sistemas de extensão através de equipes multidisciplinares de profissionais da saúde. Indicou-se que o conceito de saúde familiar e comunitária daria a muitos países a oportunidade de passar do enfoque tradicional vertical dos serviços de saúde para um mais horizontal e integrado. Um delegado ressaltou a importância de avaliar os impactos de saúde e econômicos dos modelos de saúde familiar e comunitária nos países da Região, levando em consideração as iniciativas de reforma da saúde atualmente em andamento, e sublinhou o valor da troca de experiências bem-sucedidas e melhores práticas. Vários delegados descreveram as experiências de seus países no desenvolvimento e fortalecimento desses modelos e se

ofereceram para fornecer informação sobre essas experiências à Repartição e a outros países da Região.

201. Os serviços de saúde comunitários são considerados como a melhor forma de promover a saúde e fortalecer a triagem, detecção e monitoramento de doenças, além de encorajar a aderência ao tratamento. Em relação à promoção da saúde, um delegado observou a importância de se concentrar nos determinantes positivos e negativos da saúde, em particular o consumo de álcool e acidentes de trânsito. Ele enfatizou o papel fundamental da ação da comunidade e da família na gestão desses riscos, especialmente entre adolescentes e jovens.

202. O enfoque de saúde familiar e comunitária é considerado particularmente importante na prevenção e no controle de doenças crônicas não-transmissíveis; contudo, indicou-se que essas doenças não são mencionadas no Anexo A do Documento CE144/21 e sugeriu-se que o objetivo estratégico 3 do Plano Estratégico da OPAS para 2008-2012 seja incluído entre os objetivos a serem fortalecidos e apoiados pelo trabalho executado nessa área. Sugeriu-se também que o documento e o projeto de resolução sobre esse tema deveriam reconhecer a importância dos enfoques de gênero e interculturais nos serviços de saúde familiar e comunitária.

203. A Representante do Fundo de População das Nações Unidas ressaltou a importância dos enfoques interculturais para atender as necessidades de saúde dos povos indígenas, particularmente as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres indígenas. Ela sublinhou também a importância de encorajar a corresponsabilidade masculina no lar como fator crucial na prevenção da violência e promoção da saúde sexual e reprodutiva.

204. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) disse que se sentia encorajada pelo apoio ao enfoque de saúde familiar e comunitária e agradeceu aos delegados por seus comentários e sugestões, que ajudariam a Repartição a melhorar seu trabalho na área. A identificação de experiências bem-sucedidas e melhores práticas formaram a base para o enfoque apresentado no documento, e a Repartição pretendia continuar a facilitar o intercâmbio de experiências entre países. A Repartição considerava o enfoque de saúde familiar e comunitária como uma linha de ação transversal e concordou que tal abordagem era importante para fortalecer os sistemas e serviços de saúde baseados na atenção primária. Ela ressaltou a necessidade de um enfoque centrado nas pessoas para aumentar o bem-estar e o empoderamento de indivíduos, famílias e comunidades, permitindo que se tornem representantes e participantes ativos na promoção da saúde.

205. O Comitê aprovou a resolução CE144.R5 sobre esse tema, endossando enfoques abrangentes e interculturais de saúde familiar e comunitária.

Fundo Rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde para compra de Vacinas (Documento CE144/22, Rev. 1)

206. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê examinou um documento sobre todos os mecanismos de aquisição da OPAS, incluindo o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Informou-se ao Subcomitê que em 2008 foi criado um grupo de trabalho para facilitar a coordenação das atividades de imunização da OPAS com as da Aliança GAVI, particularmente em relação à introdução de novas vacinas em países e populações pobres da Região. Na discussão que se seguiu, os membros do Subcomitê expressaram sólido apoio aos mecanismos de aquisição da OPAS, especialmente o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Reconheceu-se que o Fundo Rotativo ajudou a Região a atingir altas taxas de imunização, reduzir a morbidade e mortalidade de doenças imunopreveníveis e alcançar objetivos de erradicação e eliminação de doenças, além de facilitar a introdução de novas vacinas.

207. O Delegado dos Estados Unidos da América, observando que seu Governo havia solicitado a inclusão desse tema na agenda dos Órgãos Diretores em 2009, disse que, em sua opinião, a questão crucial com relação ao Fundo Rotativo era seu lugar na nova arquitetura global de saúde, especialmente sua relação com a GAVI. Ele sublinhou a necessidade de assegurar que o Fundo Rotativo e a GAVI não trabalhem em propósitos cruzados e pediu que a Repartição revisasse o documento antes da 144ª Sessão do Comitê Executivo, focalizando especificamente o Fundo Rotativo e sua relação com outras organizações internacionais de saúde, em particular a Aliança GAVI.

208. Outros membros do Subcomitê questionaram o valor de uma discussão do Fundo Rotativo pelos Órgãos Diretores da OPAS, já que do ponto de vista deles o Fundo era, e continua sendo, satisfatório. Contudo, indicou-se que algumas nuances da questão não estavam claras para todos os Estados Membros, e que essa discussão pode levar a uma maior transparência e clareza com relação às questões envolvidas. A Diretora recebia com satisfação a oportunidade de discutir a parceria da OPAS com a GAVI, mas sugeriu que talvez seja preferível realizar um debate técnico sobre o tema ou convocar uma reunião especial de partes interessadas, incluindo fornecedores de vacina.

209. Após um debate, o Subcomitê decidiu o seguinte: essa questão seria incluída na agenda do Comitê Executivo; uma discussão técnica informal seria realizada fora da sessão formal, com participação de outros parceiros, incluindo representantes da GAVI; o tema seria então discutido pelo Comitê Executivo na sessão formal.

210. A Dra. Socorro Gross (Subdiretora da RSPA) apresentou o Documento CE144/22, Rev. 1, observando que incluía a história, características e princípios conceituais do Fundo Rotativo e seus benefícios para os Estados Membros da OPAS. Ela indicou alguns dos principais pontos que surgiram da reunião técnica especial sobre o

Fundo Rotativo, realizada em 23 de junho de 2009 (ver Anexo D). Ressaltando alguns dos benefícios do Fundo Rotativo, disse que o mesmo assegurava que os Estados Membros pudessem comprar vacinas ao menor preço disponível e oferecia previsibilidade da demanda, o que por sua vez ajudaria a estimular a produção e fomentar a estabilidade e segurança no mercado de vacinas. O Fundo também ajudou a reduzir o intervalo entre a produção de uma nova vacina e sua introdução nos programas de imunização dos Estados Membros e mostrou-se crucial nas estratégias nacionais e regionais para a eliminação e controle de doenças imunopreveníveis e resposta a emergências epidemiológicas.

211. Passando à reunião técnica especial, informou que os participantes expressaram apoio sólido ao Fundo Rotativo como meio de assegurar o acesso universal a vacinas de alta qualidade ao menor preço disponível. A operação contínua do Fundo foi considerada crucial para a introdução de novas vacinas. Grande parte da discussão se concentrou na vacina pneumocócica conjugada, nos papéis respectivos do Fundo Rotativo, Aliança GAVI e mecanismo do Compromisso Prévio de Mercado para disponibilizá-la aos países das Américas e resto do mundo e um suposto conflito associado a uma cláusula no contrato de aquisição do Fundo Rotativo.

212. Ela explicou que havia dois tipos de vacina pneumocócica: a vacina polissacarídica e a vacina conjugada. A vacina pneumocócica polissacarídica, que foi introduzida em 2006, não era recomendada para crianças menores de 2 anos de idade; era administrada principalmente em pessoas acima de 65 anos e pessoas com doenças crônicas e imunossupressoras. A vacina conjugada era recomendada para crianças menores de 2 anos.

213. Atualmente, a vacina polissacarídica 23-valente e a vacina conjugada 7-valente estavam sendo adquiridas através do Fundo Rotativo. A vacina conjugada 7-valente era produzida somente por um fabricante. Uma vacina conjugada 10-valente, também produzida por um só fabricante, estava disponível, mas a OPAS não a estava comprando porque ainda não havia sido pré-qualificada pela OMS e porque a Diretora declarou uma moratória de um ano em sua aquisição durante 2009. Ademais, a Região estava esperando a pré-qualificação em 2010 de uma vacina 13-valente, que seria eficaz contra um número maior de cepas dos vírus que circulam na América Latina e no Caribe (84% versus 74% com a vacina 10-valente e 60% com a 7-valente).

214. A moratória de um ano na aquisição da vacina 10-valente através do Fundo Rotativo estava relacionada ao suposto conflito que surgiu com relação a uma cláusula no contrato de aquisição do Fundo, segundo a qual os fornecedores de vacina concordaram em vender vacinas ao Fundo ao menor preço disponível. A vacina 10-valente foi selecionada para o projeto piloto do mecanismo do Compromisso Prévio de Mercado nos países que eram admissíveis para financiamento da Aliança GAVI.

215. Em 2007, três dos seis países admissíveis para a GAVI nas Américas, com apoio da OPAS, haviam formulado e enviado propostas de financiamento da GAVI para comprar a vacina pneumocócica conjugada 7-valente, e suas propostas haviam sido aprovadas. Sete dos 36 países admissíveis na Região da África e um dos seis países admissíveis na Região do Mediterrâneo Oriental enviaram pedidos de financiamento da GAVI para a introdução da vacina pneumocócica, que também haviam sido aprovados. Estes últimos países estavam buscando introduzir a vacina 10-valente, não a 7-valente, porque esta não oferecia proteção contra muitas cepas de vírus que circulam na África e no Mediterrâneo Oriental.

216. Apesar da aprovação de suas propostas, a GAVI desistiu de fornecer financiamento aos três países admissíveis nas Américas para a compra da vacina pneumocócica conjugada 7-valente através do Fundo Rotativo ao preço negociado com o fornecedor (\$ 26,35 por dose em 2008 e \$21,75 em 2009). Criou-se um Grupo de Trabalho OPAS-GAVI para estudar a questão e ampliar a colaboração entre a Organização e a Aliança GAVI com o objetivo de facilitar a introdução de novas vacinas e assegurar a cobertura sustentável e universal de vacinação nos países das Américas.

217. Na discussão que seguiu à apresentação da Dra. Gross, os delegados reafirmaram o apoio de seus países ao Fundo Rotativo e sublinharam a importância de assegurar o acesso equitativo a medicamentos e vacinas de alta qualidade a preços acessíveis. A importância de disponibilizar novas vacinas através do Fundo Rotativo também foi ressaltada. Expressou-se preocupação acerca da declaração no documento de que a introdução da vacina contra o rotavírus duplicaria os custos da compra de vacinas pelos Estados Membros e a introdução da vacina pneumocócica aumentaria esses custos em sete vezes. Tomou-se nota também do atraso na introdução da vacina pneumocócica nos países da Região admissíveis para a GAVI, e incentivou-se o Grupo de Trabalho a trabalhar para uma solução imediata da situação que causou o atraso e abordar questões conexas que possam surgir no futuro quando uma vacina estiver disponível somente de um fornecedor. Os delegados solicitaram que se esclarecesse quais eram essas questões e o conflito em torno da cláusula de preço no contrato do Fundo Rotativo.

218. O Delegado do Suriname disse que o câncer do colo do útero era uma doença prioritária para seu país e perguntou quando a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), uma das causas da doença, estaria disponível através do Fundo Rotativo. Os Delegados do Brasil e do Uruguai expressaram a opinião de que, como atualmente havia evidências científicas insuficientes da eficácia em função do custo de introduzir a vacina contra o HPV, a mesma deveria ser retirada da lista de vacinas a serem incluídas no Fundo Rotativo no futuro próximo.

219. O Delegado dos Estados Unidos da América disse que a apresentação da Dra. Gross, com sua ênfase na vacina pneumocócica, embora interessante, não ia ao âmago do problema: uma cláusula no contrato do contrato do Fundo Rotativo obrigava o

proponente a oferecer o menor preço em qualquer parte do mundo para a vacina em questão. Contudo, em alguns casos o preço que os fornecedores estavam dispostos a oferecer à Aliança GAVI podiam ser mais baixos que o preço que eles estavam dispostos a oferecer ao Fundo Rotativo para os Estados Membros da OPAS, muitos dos quais eram países de média renda. Esse era o problema que precisava ser abordado. Ele ficou bastante animado durante a reunião técnica em ouvir as garantias da Diretora de que ela encontraria uma forma de resolver a questão, e estava confiante de que seria relativamente simples fazer isso modificando o texto da cláusula em questão de maneira a não alterar a essência do Fundo Rotativo, mas permitir que os fabricantes oferecessem um preço competitivo à OPAS sem criar um desincentivo à oferta de um preço diferente para outras instituições internacionais como a Aliança GAVI.

220. A Dra. Gross, lembrando o exame da proposta de orçamento para 2010-2011 pelo Comitê (veja parágrafos 35 a 62) e as preocupações expressadas por vários delegados sobre o impacto da atual crise econômica sobre seus países, disse que, em sua opinião, agora não era hora de mudar uma cláusula contratual que buscava assegurar o menor preço disponível para vacinas adquiridas em nome dos Estados Membros da OPAS. Além disso, não havia motivo para isso, já que as disposições dessa cláusula não estavam prejudicando a capacidade dos países em outras regiões de comprar a vacina pneumocócica conjugada 10-valente ao preço acordado para o piloto do Compromisso Prévio de Mercado. A moratória de um ano para aquisição da vacina 10-valente foi estabelecida justamente a fim de permitir o avanço do Compromisso Prévio de Mercado. Por isso ela falou de um “suposto” conflito: a vacina em questão não era a vacina que a OPAS estava adquirindo através do Fundo Rotativo, e a OPAS não tentaria adquirir a vacina 10-valente mesmo após o término da moratória de um ano porque estava esperando a pré-qualificação da vacina 13-valente.

221. O Grupo de Trabalho, evidentemente, continuaria a buscar alternativas para facilitar a introdução de outras novas vacinas com fornecedores únicos que deveriam ser pré-qualificados pela OPAS no futuro próximo. Uma delas era a vacina contra a dengue, de grande interesse para os países da Região. O Grupo de Trabalho também continuaria a trabalhar em outras questões relativas à sustentabilidade após a introdução de novas vacinas.

222. A vacina contra o HPV ainda não havia sido pré-qualificada pela OMS e, portanto, não podia ser adquirida através do Fundo Rotativo. De acordo com a informação atualmente disponível na Repartição, o menor preço de mercado ao qual a vacina estava atualmente disponível na Região era de 30 dólares por dose.

223. A Diretora observou que, embora a introdução da vacina contra o HPV talvez não seja uma prioridade para todos os países das Américas, a prevenção e o controle do câncer do colo do útero era uma prioridade regional. Ela entendia que alguns Estados Membros ainda estavam determinando se o uso da vacina contra o HPV seria eficaz em

função do custo, com base nas cepas do papilomavírus humano que circulam em seus territórios; contudo, outros estavam ansiosos para introduzir a vacina o quanto antes. Ao mesmo tempo, a introdução das vacinas contra rotavírus e pneumocócica não constituía prioridade para alguns países porque o rotavírus e o *Streptococcus pneumoniae* não eram causas principais de doença em sua população infantil, mas isso não significava que as vacinas não deveriam ser oferecida através do Fundo Rotativo.

224. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz (Assessor Sênior, Imunização Integral da Família, RSPA) acrescentou que a OPAS estava realizando estudos sobre a eficácia em função do custo da introdução da vacina contra HVP na sub-região do Caribe, onde a carga de doença associada com o papilomavírus humano parecia ser particularmente alta. Ele indicou também que a vacina contra o HPV não devia ser uma medida independente, mas de preferência fazer parte de uma abordagem abrangente à prevenção e controle do câncer do colo do útero. Os países podiam introduzir a vacina ou não, mas precisariam continuar realizando as atividades de promoção da saúde e educação e assegurando a triagem preventiva.

225. O Delegado dos Estados Unidos disse que, embora fosse verdade que a questão da cláusula de preço no contrato do Fundo Rotativo tenha surgido em relação à vacina pneumocócica, poderia muito bem surgir de novo com relação à introdução de outras vacinas. Portanto, era importante resolvê-la da forma mais genérica possível. Perguntou se os Estados Membros poderiam participar nas reuniões do Grupo de Trabalho OPAS-GAVI. Ele acreditava que as reuniões poderiam fornecer insumos úteis sobre as várias questões que estavam sendo examinadas. Sua delegação, por exemplo, poderia sugerir um texto modificado para a cláusula de preço no contrato de aquisição do Fundo Rotativo com o objetivo de encontrar uma solução satisfatória aos interesses dos Estados Membros da OPAS e obter a paridade de preços para os países da Região que comprem através do Fundo Rotativo, permitindo o bom funcionamento da Aliança GAVI e seu possível financiamento da introdução de novas vacinas em outras regiões. Seria útil também que os Estados Membros vissem os termos de referência do Grupo de Trabalho, pois teriam um claro entendimento dos objetivos do Grupo e estariam em melhores condições de sugerir formas criativas de redirecionar seu trabalho se não estivesse abordando os temas que, segundo os Estados Membros, deviam ser abordados.

226. A Diretora disse que tem sido difícil para ela e os outros funcionários da OPAS envolvidos entender o problema que surgiu com relação à cláusula de preço no contrato do Fundo Rotativo e à introdução da vacina pneumocócica. Nunca antes nos 30 anos de história do Fundo Rotativo uma cláusula causou problema com relação à aquisição de vacinas existentes ou à introdução de novas vacinas. Era difícil entender o problema em grande parte porque havia falta de transparência da parte de alguns interessados; o contrato do Fundo Rotativo foi identificado como um problema em discussões dentro das estruturas de governança da Aliança GAVI e do Compromisso Prévio de Mercado – discussões das quais a OPAS não participou.

227. Ela entendia que a situação agora era a seguinte: três dos seis países da Região admissíveis para a GAVI enviaram propostas de financiamento da GAVI para introduzir a vacina pneumocócica conjugada 7-valente, e essas propostas foram aprovadas. Sete dos países admissíveis para a GAVI na África e um no Mediterrâneo Oriental também enviaram propostas de financiamento da GAVI, mas esses países queriam introduzir a vacina 10-valente. O problema surgiu quando o produtor da vacina desistiu de enviar uma proposta para o UNICEF (a agência encarregada da aquisição de vacinas para todas as regiões, exceto as Américas) porque não queria ser obrigado, de acordo com o contrato do Fundo Rotativo, a oferecer a vacina a todos os países pelo mesmo preço que havia concordado em oferecer aos países admissíveis na GAVI que participam do piloto do Compromisso Prévio de Mercado. Ao mesmo tempo, a Aliança GAVI desistiu de oferecer financiamento aos países admissíveis das Américas para a compra da vacina 7-valente ao preço negociado com o produtor pelo Fundo Rotativo (atualmente \$ 21,60 por dose), considerando esse preço alto demais. Consequentemente, os países das Américas admissíveis para a GAVI, embora suas propostas tenham sido aprovadas pela GAVI, não puderam introduzir a vacina pneumocócica.

228. Por isso, a OPAS estava focalizando especialmente as questões acerca da introdução da vacina pneumocócica, e o Grupo de Trabalho foi criado para abordar essas questões. Quanto a saber se os Estados Membros poderiam participar nas deliberações do Grupo de Trabalho, ela não poderia falar pelos outros membros do Grupo, mas a OPAS, como organização intergovernamental dedicada à transparência, certamente não fazia objeção. De fato, ela via com satisfação a participação de um representante do Departamento de Serviços Sanitários e Humanos dos Estados Unidos, já que essa participação poderia introduzir uma perspectiva de saúde pública muito necessária em discussões que até agora foram dominadas por advogados e questões legais.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação das quotas (Documentos CE144/23 e CE144/23, Add. I)

229. A Srta. Linda Kintzios (Tesoureira e Assessora Sênior, Serviços e Sistemas Financeiros, RSPA) apresentou o tema, afirmando que a informação atualizada até 15 de junho de 2009 foi apresentada no Documento CE144/23, Add. I, e que após essa data a Organização havia recebido outros pagamentos: \$8.560 da Costa Rica, \$309.000 do Peru e \$18.007 de Saint Kitts e Nevis. A arrecadação das quotas do corrente ano totaliza \$13,6 milhões. A arrecadação combinada de quotas atrasadas e do corrente ano totalizou \$38 milhões, que foi o terceiro montante mais baixo arrecadado até junho nos últimos 10 anos. Em 2009, até agora 19 Estados Membros haviam efetuado o pagamento de suas quotas passadas e atuais.

230. Como resultado da estratégia da Diretora para aumentar a arrecadação das quotas, e do compromisso demonstrado pelos Estados Membros da OPAS, foram arrecadados mais de 79% dos atrasados, deixando um saldo de apenas \$6,6 milhões. Os Estados Membros tinham aproveitado as diferentes opções disponíveis para cumprir seus compromissos financeiros com a Organização, incluindo pagamentos em moeda local, pagamento em prestações durante o ano e planos de pagamento adiado para a liquidação de grandes volumes de atrasados.

231. No total, 12 Estados Membros pagaram totalmente suas quotas de 2009. Todos os Estados Membros com planos de pagamento adiado estavam cumprindo seus planos e somente um Estado estaria sujeito às restrições de voto estipuladas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

232. A Diretora acrescentou que a Organização estava plenamente consciente da situação de cada país com respeito aos pagamentos; portanto, não estava surpresa em observar que atualmente havia certo atraso. O atraso era devido a uma combinação de fatores, incluindo o fato de que alguns países haviam alterado seus ciclos ou procedimentos orçamentários. Contudo, a Organização estava a par do progresso da aprovação orçamentária pelas autoridades legislativas desses países, e no caso de quase todos os maiores contribuintes tinha uma data definida na qual poderia esperar o pagamento das quotas.

233. Era importante assinalar que todos os países com planos de pagamento estavam em dia com os pagamentos. Já que a prioridade era liquidar sua dívida com a Organização, em alguns casos isso pode ter causado um atraso no pagamento das quotas do corrente ano. Expressou-se preocupação quanto à possibilidade de a situação econômica mundial afetar a capacidade dos Estados Membros de honrar seus compromissos com a Organização, mas até agora isso não parece ter acontecido, pelo menos em 2009.

234. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R2 Corrig., agradecendo aos Estados Membros que já efetuaram pagamentos para 2009, instando os outros Estados Membros a pagar suas quotas pendentes o mais breve possível e recomendando ao 49º Conselho Diretor que as restrições de voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam estritamente aplicadas a qualquer Estado Membro que, até a abertura da sessão, não tenha efetuado pagamentos substanciais de suas quotas.

Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008 (Documento Oficial 335)

235. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) afirmou que o Subcomitê havia examinado o relatório financeiro preliminar em março e recebido com satisfação a notícia de que a OPAS estava numa situação financeira forte em geral. O Subcomitê ficou satisfeito, em particular, com a melhor posição da Organização no tocante à arrecadação das quotas

atrasadas. Vários delegados expressaram satisfação com os benefícios proporcionados à Região pelos fundos de aquisição da Organização, especialmente o Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. O Subcomitê também expressou satisfação com a maneira pela qual a OPAS estava administrando o recente crescimento no volume de recursos. Indicando os excelentes resultados da receita diversa, o Subcomitê elogiou a OPAS por ter conseguido preservar o capital na difícil situação atual.

236. A Srta. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA), resumindo o conteúdo do relatório financeiro preliminar, afirmou que a Organização havia experimentado um aumento significativo dos recursos financeiros nos últimos anos: o total cresceu de \$537 milhões em 2006, primeiro ano do biênio precedente, para \$718,5 milhões, um aumento de \$181,5 milhões ou 33,8%. Em 2008, a organização recebeu um total de \$100,1 milhões em quotas correntes e atrasadas, bem como \$16,1 milhões em receita diversa e \$3 milhões anteriormente emprestados ao Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Após deduzir \$94 milhões em gastos do orçamento por programas e \$5,6 milhões alocados ao Fundo de Equalização de Impostos, o excedente da receita em relação ao gasto em 2008 foi de \$19,6 milhões. Contudo, essa cifra não reflete cerca de \$11 milhões em obrigações que a Organização contraiu em 2008, mas que, segundo as Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público que estão sendo implantadas (ver parágrafos 326 a 333), seriam implementadas em 2009.

237. No total, 24 Estados Membros pagaram as quotas de 2008 em sua totalidade, oito efetuaram pagamentos parciais e sete não efetuaram pagamentos referentes a 2008. Em 31 de dezembro de 2007 havia um saldo pendente de quotas de \$35,4 milhões; esse saldo diminuiu para \$31 milhões em 31 de dezembro de 2008, representando uma redução significativa em relação aos anos anteriores. Conforme informado acima, em 2009 a Organização já recebeu mais de \$24 milhões de quotas atrasadas, resultando num saldo de apenas \$6,6 milhões.

238. Durante 2008, a Organização recebeu \$48 milhões para materiais estratégicos de saúde pública a serem adquiridos pelo Fundo Estratégico e Fundo de Compras Reembolsáveis. Isso representa um aumento de 56% em relação a 2006. A Organização também recebeu \$322 milhões para a aquisição de vacinas e seringas pelo Fundo Rotativo, um aumento de 58% em relação a 2006.

239. A receita dos fundos fiduciários totalizou \$165 milhões, compreendendo \$62 milhões de governos para projetos externos, \$91 milhões de governos para projetos internos em seus países, \$4,4 milhões de organizações internacionais e \$7,4 milhões de organizações públicas e privadas. A receita de outros fundos da OPAS atingiu \$30 milhões. A alocação bienal da OMS para a Região das Américas foi de \$81,5 milhões, dos quais a OPAS aplicou \$37 milhões em 2008. A Organização também aplicou \$27 milhões do fundo voluntário da OMS e outros fundos.

240. O gasto da OPAS em 2008 totalizou \$679 milhões. A aquisição de vacinas e seringas por meio do Fundo Rotativo representou \$312 milhões. As despesas do orçamento ordinário totalizaram \$94 milhões. Desse montante, \$61,4 milhões, ou 65%, foram utilizados para salários e benefícios dos funcionários, e \$9,6 milhões foram usados para pagar consultores. Viagens, serviços contratuais e seminários e cursos totalizaram \$13,9 milhões, e tecnologia da informação, despesas operacionais gerais e outros custos representaram \$9,1 milhões.

241. A situação financeira do Caribbean Epidemiology Center (CAREC) era boa, com um excedente da receita em relação à despesa de \$355.000. No caso do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), o excedente da receita em relação à despesa foi de \$213.256. A situação do Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) era mais difícil. Teve uma receita do orçamento ordinário de \$528.052 e uma despesa de \$292.446; assim, o excedente foi de \$235.606. Contudo, o Instituto também tinha um déficit acumulado em seu fundo de capital de giro, que a OPAS estava financiando, e que, com o excedente da receita em relação à despesa, havia diminuído para \$268.670.

242. A Diretora chamou a atenção para três áreas financeiras que haviam crescido notavelmente. Duas eram mecanismos de aquisição, especificamente o Fundo Rotativo e o Fundo Estratégico. Os aumentos nessas áreas refletiam a crescente importância que os países atribuíam à aquisição de materiais médicos em condições vantajosas, e eram uma expressão concreta da cooperação técnica que a OPAS fornecia aos Estados Membros.

243. A terceira área era a alocação pela OMS de uma parcela maior das contribuições voluntárias para a Região. Afirmou que era muito importante para os países da Região, em seu papel como Estados Membros da OMS, continuar vigilantes – tanto na Assembleia Mundial da Saúde quanto na Diretoria Executiva – para assegurar que a Região receba uma parte justa das contribuições voluntárias da OMS. Indicou que a OPAS também conseguiu mobilizar mais contribuições voluntárias nos últimos anos.

244. O Comitê tomou nota do relatório financeiro preliminar da Diretora.

Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras (Documento CE144/24 Rev. 1)

245. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) lembrou que em março o Subcomitê ouviu um relatório sobre a revisão no Regulamento e Regras Financeiras da OPAS tendo em vista a introdução das Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público (IPSAS). O Subcomitê foi informado de que havia sido formado um grupo de trabalho interno para analisar o conteúdo do Regulamento e Regras Financeiras em relação aos requisitos das IPSAS e elaborar um novo Regulamento Financeiro a ser considerado pela presente sessão do Comitê Executivo. O Subcomitê tomou nota do relatório e recomendou que o

Comitê Executivo aprovasse as modificações do Regulamento Financeiro e Regras Financeiras.

246. A Srta. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) indicou que havia quatro razões principais para modificar o Regulamento Financeiro. Primeiro, a introdução das Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público exigiria o uso de nova terminologia e a introdução de boas práticas. Segundo, a adoção de demonstrações financeiras anuais auditadas, com um orçamento por programas bianual, implicaria novos requisitos de demonstração financeira. Terceiro, a mudança de contabilidade patrimonial modificada e contabilidade de caixa para contabilidade patrimonial integral teria um forte impacto sobre o passivo, superávit e endividamento interno; finalmente, a mudança para capitalização dos bens, instalações e equipamento e a exigência de registrar o gasto com depreciação teriam um impacto sobre a avaliação dos ativos, com um efeito concomitante sobre o orçamento.

247. Ela examinou as modificações propostas no Anexo A do Documento CE144/24 Rev. 1, indicando que seriam submetidas ao 49º Conselho Diretor em setembro. Se o Conselho Diretor aprová-las, as modificações nas Regras Financeiras seriam submetidas à 145ª sessão do Comitê Executivo imediatamente após o Conselho Diretor.

248. Uma delegada expressou apoio às modificações propostas para facilitar a introdução das IPSAS, mas observou que a modificação do artigo 4.6 do Regulamento, dando à Diretora autoridade de decidir a transferência de um superávit de receita para os períodos subsequentes, não incluía nenhum envolvimento dos Órgãos Diretores. Ela sugeriu que “e sujeito à aprovação do Comitê Executivo” seja acrescentado no final da primeira frase. Observando que os artigos 15.1 e 15.2 do Regulamento haviam sido excluídos em sua totalidade, já que sua intenção estava coberta pelos artigos III e 7.4 do Regulamento, queria que se explicasse como esses artigos proporcionariam a mesma disciplina orçamentária.

249. A Srta. Frahler esclareceu os dois conceitos diferentes de superávit. O primeiro era o superávit orçamentário, cujo uso seria decidido pelos Estados Membros, como sempre ocorreu. O novo conceito era o de superávit da receita. Se, por exemplo, a Organização receber um retorno de seus investimentos maior que o valor orçado, propunha-se que essa receita extra seja usada para financiar as partes sem financiamento do Plano Estratégico. Para permitir uma rápida implementação, propôs-se que a Diretora tenha autoridade para decidir a alocação dessa receita superavitária, de modo que esses fundos possam ser gastos a partir de janeiro. Se fosse necessário submeter o assunto ao Comitê Executivo, isso poderia atrasar a implementação em cerca de seis meses.

250. Quanto aos artigos 15.1 e 15.2 do Regulamento, lembrou que há alguns anos os Estados Membros haviam solicitado algumas modificações, pelas quais se estipulou que

deveriam ser apresentados relatórios detalhados sobre o impacto financeiro antes de submeter novas iniciativas à aprovação do Comitê Executivo.

251. A Diretora afirmou que havia um processo bem estabelecido na Organização para identificar as partes sem financiamento do Plano Estratégico. Se houver receita extra, a autoridade para alocar esses recursos visa a permitir que a implementação comece rapidamente. Uma alternativa a submeter o tema ao Comitê Executivo, que só realiza sua primeira reunião em junho de cada ano, seria permitir a autorização da alocação da receita pelo SPBA, de modo que a implementação de qualquer atividade financiada com a receita superavitária possa começar em março.

252. O Comitê Executivo subsequentemente considerou um projeto de resolução sobre o tema. A Srta. Frahler chamou a atenção para o Documento CE144/24, Rev. 1, que contém uma nova versão das modificações propostas. Trata-se de modificações nas alterações propostas no artigo 4.6 do Regulamento, que autorizaria a Diretora a decidir a alocação da receita superavitária a partes não financiadas do Plano Estratégico com a concordância do SPBA. Também foram introduzidas modificações nos artigos 9.5 e 12.1(d) do Regulamento e o texto original dos artigos 15.1 e 15.2 foi restaurado.

253. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R17, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprove as modificações propostas no Regulamento Financeiro.

Projetos que utilizam a renda do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo (Documento CE144/25, Rev. 1)

254. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que em março o Subcomitê recebeu um relatório sobre a situação dos projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para financiamento pela Conta Especial durante 2008-2009. Informou-se que, dos cinco projetos iniciados, três exigiam autorização de fundos adicionais acima da cifra projetada para o biênio. Contudo, não houve aumento no custo total dos projetos: a autorização era necessária para gastar em 2009 uma quantia que seria gasta num ano posterior. A Diretora explicou que a Repartição adiou a adoção de medidas concretas sobre alguns projetos aprovados devido a preocupações com o fluxo de caixa resultantes de atrasos no recebimento das quotas de alguns países.

255. O Subcomitê recebeu com satisfação a notícia de que o custo total dos projetos não aumentaria, e não expressou objeção à aceleração do cronograma de desembolsos. Alguns Membros reconheceram que o custo dos projetos poderia mudar durante a implementação, mas destacaram a importância de obter cifras exatas assim que for possível.

256. O Sr. Román Sotela (Assessor Sênior, Gestão do Orçamento por Programas, RSPA) lembrou que o 48º Conselho Diretor, mediante a Resolução CD48.R1, havia

aprovado o uso da Conta Especial para financiar projetos prioritários listados no documento CD48/22. A resolução também solicita que a Repartição apresente ao Comitê Executivo, em intervalos apropriados, um relatório sobre o uso desses fundos.

257. No total, foram aprovados 14 projetos em quatro categorias; destes, oito estão em execução: 1.A, Centro de Operações de Emergência (EOC) e Centro de Conhecimento (KC); 2.A, Fortalecimento dos sistemas de informação sobre saúde pública da OPAS; 3.A, Modernização do sistema institucional de gestão da OPAS; 3.C, Fortalecimento da capacidade da Organização de cumprir as IPSAS em 2010; 4.A, Melhoria das instalações: melhoria do MOSS e medidas de segurança; 4.B, Melhoria das instalações: medidas para poupar energia; 4.E, Melhoria das instalações: Teto do edifício principal; 4.F, Melhoria das instalações: Renovação dos edifícios da sede. Conforme informado, em três desses projetos foi preciso reajustar o custo. O primeiro foi o Centro de Operações de Emergência, cuja estimativa inicial no corrente biênio era de \$1 milhão, mas que havia aumentado para \$1,5 milhão. Contudo, esta última cifra era o custo total do projeto, que não se alterou; em outras palavras, o projeto não excedeu o orçamento: o aumento no custo resultou da aceleração da implementação. No caso do cumprimento das IPSAS, originalmente estimou-se que o custo seria de \$200.000 no atual biênio, com \$100.000 adicionais a serem usados mais tarde, mas agora planejava-se gastar \$300.000 em 2008-2009. Também neste caso o projeto não ultrapassou o orçamento. No caso do projeto 4.B, medidas para poupar energia, o custo total era \$2,9 milhões, dos quais \$500.000, para substituição de janelas no edifício da sede, haviam sido alocados ao atual biênio. O aumento para \$620.000 resultou da decisão de concluir toda essa parte do projeto no atual biênio, substituindo todas as janelas numa operação, em vez de deixar algumas para mais tarde.

258. A Conta Especial continha atualmente \$25,29 milhões, que foram depositados no fim do biênio 2006-2007. Os oito projetos em execução representam \$5.045.000; com os seis projetos aprovados, mas ainda não iniciados, o total para 2008-2009 chega a \$7 milhões, deixando um saldo de \$18,29 milhões.

259. No debate que se seguiu, uma delegada perguntou à Diretora quanto tempo levaria para gastar todo o dinheiro depositado na Conta Especial.

260. A Diretora respondeu que as primeiras etapas da maioria dos projetos em execução seriam concluídas em 2010, quando seriam apresentadas outras propostas de projetos ao SPBA e Comitê Executivo. A Repartição identificou projetos que usariam quase toda a Conta Especial, e evidentemente tinha-se que prever aumento do custo de alguns projetos. Além disso, havia alguns projetos aprovados para os quais a Repartição ainda não tinha uma estimativa do custo total, estando em andamento estudos preliminares para determinar o orçamento final. Em sua maioria, os projetos de infraestrutura seriam implementados no biênio 2010-2011, para o qual se previa

aproximadamente o mesmo montante gasto em 2008-2009, ou seja, cerca de \$7 milhões ou um pouco mais. Assim, o total da Conta Especial seria usado em cerca de três biênios.

261. O Comitê tomou nota do relatório sobre o progresso dos projetos que usam a renda do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário.

Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria (Documento CE144/26, Rev. 1 e CE144/26, Rev. 1, Add. I)

262. O Embaixador Jorge Skinner-Klee (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) lembrou que em março o Subcomitê havia sido informado sobre o processo que a OPAS estava executando para estabelecer um comitê de auditoria. Esse processo incluía consultas destinadas a verificar como as funções do comitê de auditoria eram manejadas por agências dentro e fora do sistema das Nações Unidas e escritórios nacionais de auditoria. O Subcomitê também examinou os termos de referência para o Comitê de Auditoria da OPAS.

263. Já que vários membros disseram que não tiveram tempo suficiente para examinar os termos de referência antes da sessão, o Subcomitê recomendou que se fizessem preparativos para o envio eletrônico de comentários no período de seis semanas após a sessão.

264. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) explicou que o objetivo de estabelecer um Comitê de Auditoria era aplicar as recomendações dos auditores externos da Organização implantando um esquema de governança que reflete as melhores práticas internacionais. Especificamente, o objetivo do Comitê de Auditoria proposto é atuar como comitê assessor da Diretora e dos Estados Membros, através do Comitê Executivo, proporcionando avaliação e assessoria independente sobre a operação dos controles financeiros e estruturas de apresentação de relatórios da Organização, seus processos de gestão de riscos e a adequação de seus sistemas de controle interno e externo. Os termos de referência apresentados ao Comitê Executivo foram examinados extensamente pelos Estados Membros e por auditores externos e incorporavam todos os comentários recebidos de membros do SPBA durante os seis meses do período de consulta eletrônica.

265. No debate que se seguiu, membros do Comitê expressaram apoio aos termos de referência revisados e agradeceram à Repartição por tê-los revisado de acordo com os comentários submetidos pelos Estados Membros. Foram feitas outras duas sugestões: no parágrafo 4(c) do projeto de resolução contido no Documento CE144/26, Rev. 1, sob o título “Critérios para seleção dos membros,” sugeriu-se acrescentar “investigação” após “gestão de risco,” e no terceiro parágrafo preambular da parte do projeto de resolução dirigido ao 49º Conselho Diretor, “desejo de estabelecer um órgão” deve ser substituído por “proposta de estabelecer um órgão.”

266. O Comitê Executivo aprovou, com essas duas modificações, a Resolução CE144.R1, recomendando que o 49º Conselho Diretor estabeleça um Comitê de Auditoria e aprove seus termos de referência.

Assuntos relativos ao pessoal

Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA (Documento CE144/27)

267. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) lembrou que o Subcomitê havia considerado as modificações propostas no Regulamento e Estatuto do Pessoal em março e recomendado que o Comitê Executivo aprovasse as modificações do Regulamento. O Subcomitê também recomendou que o Comitê adotasse o projeto de resolução contido no Documento CE144/27 sobre o salário do Diretor e a modificação do artigo 11.2 do Estatuto do Pessoal.

268. A Srta. Nancy Machado (Assessora de Recursos Humanos, RSPA) explicou que em anos anteriores as modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da OPAS foram propostas com base em decisões tomadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas segundo recomendações da International Civil Service Commission (ICSC) ou com base na experiência da OPAS na aplicação do Regulamento e Estatuto do Pessoal e no interesse de uma boa gestão dos recursos humanos.

269. Com base em decisões tomadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas e recomendações da ICSC, propôs-se que o atual ajuste por lugar de destino seja consolidado ao salário básico das categorias profissional e superiores, incluindo o Diretor, Diretor Adjunto e Subdiretor. Ajustou-se também o subsídio educacional.

270. Na categoria de modificações propostas com base na experiência da OPAS e no interesse de uma boa gestão dos recursos humanos, foram feitas várias correções de estilo para dar maior clareza, bem como para manter coerência com as regras do sistema das Nações Unidas. Foram propostas modificações nas regras sobre mobilidade e lugar de destino difícil e nas regras sobre licença para viagem ao país de origem, para proporcionar esses benefícios ao pessoal temporário. Propôs-se modificar a definição de “filho dependente” e modificar a regra sobre subsídio por novo destino para esclarecer que não se aplica a filhos maiores de 21 anos. Propôs-se também modificar o subsídio de educação especial para assegurar coerência entre os funcionários que recebem subsídio de educação e subsídio de educação especial.

271. Além disso, propôs-se revisar o salário do Diretor e modificar o artigo 11.2 do Estatuto para reconhecer o Tribunal Administrativo da Organização Internacional do Trabalho como tribunal para o recurso de apelação por parte de funcionários da OPAS.

272. Em resposta ao comentário de um delegado, indicou que no Regulamento a expressão “service appointments” seria substituída por “continuing appointments,” em conformidade com a implementação da reforma da contratação na OPAS (ver os parágrafos 274 a 278).

273. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE144.R15, aprovando todas as modificações propostas no Regulamento de Pessoal e recomendando que o 49º Conselho Diretor estabeleça o salário anual do Diretor no nível proposto e aprove a modificação do artigo 11.2 do Estatuto do Pessoal.

Reforma do sistema de contratação na OPAS (Documento CE144/28)

274. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê foi informado de que em dezembro de 2008 a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou novas disposições contratuais para o sistema das Nações Unidas, consistindo de três tipos de contrato: prazo fixo, contínuo e temporário. A OPAS introduziu alterações nos contratos de curto prazo para consultores em 1º de janeiro de 2009, e a Repartição buscava autorização para implementar duas modificações nos contratos temporários a partir de 1º de julho de 2009. O Subcomitê tomou nota das decisões tomadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas e decidiu instruir a Repartição a proceder com a implementação das modificações relevantes.

275. A Srta. Nancy Machado (Assessora de Recursos Humanos, RSPA) explicou que o Documento CE144/27 contém detalhes sobre as modificações aprovadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2008. Tendo em vista essas alterações, solicitava-se que o Comitê Executivo aprovasse a aplicação das modificações nos contratos temporários aprovadas durante a 140ª sessão do Comitê, mas que a Repartição não deveria implementar até que a Assembleia Geral aprovasse um esquema semelhante para o sistema das Nações Unidas. As modificações solicitadas permitiriam que a OPAS emitisse contratos temporários por um período de até dois anos e harmonizasse os benefícios proporcionados aos funcionários temporários com os do sistema das Nações Unidas.

276. A Delegada dos Estados Unidos da América afirmou que seu governo apoiava a implementação das novas disposições contratuais, mas, assim como a Assembleia Geral das Nações Unidas havia solicitado que não fossem celebrados contratos contínuos antes de 1º de janeiro de 2010, os Estados Unidos solicitavam que a implementação dos contratos contínuos na OPAS fosse adiada até 2010 e que se modificasse o projeto de resolução contido no Documento CE144/27 para refletir esse adiamento.

277. A Srta. Machado afirmou que a OPAS não assinaria nenhum contrato contínuo até 1º de julho de 2010, no mínimo.

278. O Comitê Executivo subseqüentemente aprovou a Resolução CE144.R16, incorporando a modificação proposta pela Delegada dos Estados Unidos e recomendando que o 49º Conselho Diretor autorize a Diretora a implementar as modificações solicitadas.

Intervenção do representante da Associação de Pessoal da RSPA (Documento CE144/29)

279. O Dr. Ballayram (Representante da Associação de Pessoal da RSPA) resumiu os assuntos que a Associação de Pessoal queria submeter à atenção do Comitê Executivo, indicando que o Documento CE144/29 continha uma descrição mais detalhada das preocupações da Associação. Esses assuntos relacionavam-se a emprego, gestão de carreira, boa governança e Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos.

280. A área ampla do emprego inclui três subáreas: recrutamento, colocação e retenção; disposições contratuais; e bem-estar do pessoal. Em todas as subáreas, estavam sendo introduzidas melhorias, mas na maioria dos casos não foram concluídas. A área de gestão da carreira também tem três subáreas: desenvolvimento e treinamento do pessoal; gestão do desempenho; e Programa de Prêmios e Reconhecimento. Na área de desenvolvimento e treinamento do pessoal, era preciso envidar esforços para que os funcionários e gerentes estivessem mais conscientes da existência dos fundos de desenvolvimento de pessoal da OMS. Nas outras duas subáreas, todos os resultados eram positivos, e a Associação tomou nota disso.

281. A terceira área de preocupação era a boa governança, particularmente a subárea do papel dos representantes do pessoal. Havia margem para um maior reconhecimento das funções dos representantes do pessoal por parte de alguns gerentes, e para um fortalecimento da comunicação entre a administração e a Associação. A quarta área é o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, onde a situação era menos positiva. É preciso agir rapidamente para garantir o princípio da defesa por julgamento e o direito ao devido processo. Seria aconselhável, também, que se implementasse o mais breve possível o protocolo de investigação no local de trabalho (examinado no Relatório Anual do Escritório de Ética; ver parágrafos 24 a 34). Ao encerrar, reiterou o contínuo compromisso da Associação com a missão da Organização.

282. O Comitê Executivo expressou agradecimento pelo compromisso dos funcionários com a Organização e sua contribuição para os ganhos de saúde pública que a OPAS obteve em seu trabalho com os Estados Membros. Tomou-se nota das preocupações da Associação de Pessoal sobre o sistema judicial interno da Organização, e destacou-se que a implementação do protocolo de investigação no local de trabalho devia ser uma prioridade.

283. A Diretora também expressou agradecimento pela contribuição da Associação ao trabalho da Organização. Em sua opinião, a participação dos representantes do pessoal

em reuniões da administração era vantajosa porque permitia o intercâmbio de opiniões e participação aberta nas discussões sobre as políticas e programas da Organização. Ela também elogiou a contribuição que os funcionários deram às mudanças positivas na Organização, indicando que todo o trabalho da Associação foi feito voluntariamente, fora das horas de trabalho.

284. O Dr. Ballayram agradeceu aos delegados os comentários encorajadores e também endossou os sentimentos da Diretora. A Associação de Pessoal esperava continuar trabalhando em estreita colaboração com ela para melhorar as condições de trabalho, uma área em que já se registrou bastante progresso. Concordou em que era útil a participação dos representantes da Associação em fóruns como esta reunião do Comitê Executivo, pois permitia que informassem aos membros da Associação sobre as políticas e questões discutidas.

285. O Comitê Executivo tomou nota da intervenção do representante da Associação de Pessoal da RSPA.

Assuntos de informação geral

Orçamento por programas da OMS para 2010-2011 e Plano Estratégico da OMS para 2008-2013 modificado (rascunho) (Documentos CE144/INF/1 e CE144/INF/2)

286. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA), apresentando o tema, indicou que o projeto de Plano Estratégico de Médio Prazo da OMS foi apresentado na 62ª Assembleia Mundial da Saúde em conjunto com a proposta de orçamento para 2010-2011. Os dois documentos foram aprovados, com algumas alterações, pela Assembleia de Saúde em maio de 2009. O orçamento aprovado totaliza \$4.539.914.000, refletindo uma redução de 10% nos programas básicos com relação ao biênio 2008-2009.

287. A Diretora esclareceu que os documentos apresentados ao Comitê eram versões preliminares submetidas à Assembleia de Saúde em maio. Foram examinados e modificados antes de serem aprovados, mas as versões modificadas ainda não foram publicadas no site da OMS. Estavam sendo apresentadas ao Comitê porque forneciam informação importante para o exame do Plano Estratégico para 2008-2012 modificado (versão preliminar) e o projeto de orçamento por programas para 2010-2011 da OPAS.

288. No debate que se seguiu, expressou-se satisfação com os esforços da OMS para manter as quotas dos Estados Membros no nível de 2008-2009 e reduzir o orçamento do nível originalmente proposto à Diretoria Executiva da OMS em janeiro de 2009.

289. O Comitê Executivo tomou nota dos relatórios sobre o Plano Estratégico para 2008-2013 modificado (versão preliminar) e o projeto de orçamento por programas da OMS para 2010-2011.

Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão (Documento CE144/INF/3, Rev. 1)

290. O Presidente chamou a atenção para o Documento CE144/INF/3, Rev. 1 e deu início ao debate.

291. O Comitê Executivo reconheceu a importância crucial da questão do recrutamento internacional de pessoal de saúde e sua relação com a questão mais ampla do fortalecimento dos sistemas de saúde. Os Delegados receberam com satisfação a iniciativa de elaborar um código global de prática e identificaram várias características que esse código deveria possuir. Enfatizou-se que devia ser voluntário, equilibrar adequadamente os interesses dos países de origem e destino e levar em conta os fatores que levam os profissionais de saúde a buscar emprego fora de seus países de origem, como más condições de trabalho ou falta de reconhecimento da enfermagem como profissão, por exemplo. Enfatizou-se também que o código não deve conter disposições que limitem o direito dos indivíduos de migrar legalmente para buscar uma vida melhor para si mesmos e suas famílias.

292. Ao mesmo tempo, destacou-se a necessidade de monitorar a migração dos profissionais da saúde e regular as práticas das agências de recrutamento para desencorajar fluxos unilaterais de pessoal. É importante que os países de destino criem incentivos para assegurar a suficiência e sustentabilidade de sua força de trabalho em saúde, e enfatizou-se que os esforços dos países para resolver a escassez de mão de obra não deveriam aprofundar as desigualdades existentes entre países ou prejudicar a capacidade dos países de assegurar acesso dos seus habitantes aos serviços de saúde. Nesse sentido, um delegado apoiou a inclusão no código de prática de disposições específicas relativas à regulação e monitoramento das atividades das agências de recrutamento e empregadores de pessoal de saúde recrutado no âmbito internacional. Também favorecia o estabelecimento de limites ao recrutamento internacional de pessoal de saúde em países com escassez de trabalhadores na saúde, e sugeriu que uma opção para equilibrar os interesses dos países de origem e destino poderia ser a fixação de limites de migração para certas categorias de profissionais e exigir que o pessoal de saúde trabalhe por um certo número de anos em seu país de origem antes de poder emigrar. O mesmo delegado apoiou a ideia de compensação financeira dos países de origem pelos países de destino para que os primeiros possam recuperar o que investiram no treinamento do pessoal de saúde recrutado para trabalhar no exterior. Advertiu, porém, que qualquer disposição sobre esse tipo de compensação a ser incluída no código de prática teria de ser cuidadosamente redigida. Sugeriu que uma opção seria estabelecer um fundo global de compensação, a ser administrado no âmbito regional. Outra medida para

assegurar a mutualidade dos benefícios seria a criação de um sistema de doações educativas para ajudar a financiar o treinamento do pessoal de saúde.

293. A cooperação técnica para apoiar a pesquisa e a compilação de informações sobre a migração de profissionais da saúde foi identificada como uma função essencial para a OPAS, bem como facilitar o processo de consulta sobre o código de prática. Nesse sentido, vários delegados expressaram preocupação com o cronograma proposto para consultas nacionais e regionais e questionaram se seria possível examinar adequadamente todas as questões e chegar a um consenso sobre um código global de prática até maio de 2010. Enfatizou-se que é preciso aproveitar ao máximo os mecanismos nacionais e sub-regionais, particularmente os observatórios de recursos humanos em saúde e o grupo de trabalho sobre migração de profissionais de saúde estabelecido pela Oitava Conferência Ibero-Americana de Ministros da Saúde (2006), para avançar no processo de consulta.

294. Vários delegados descreveram algumas das medidas que seus países estavam tomando para abordar as questões da força de trabalho em saúde e atingir as metas regionais para recursos humanos de saúde em 2007-2015 estabelecidas pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP27.R7).

295. O Dr. Charles Godue (Assessor Sênior, Recursos Humanos para Desenvolvimento da Saúde, RSPA) agradeceu ao Comitê pela contribuição e assegurou aos delegados que seus comentários seriam transmitidos à Secretaria da OMS, que tinha a liderança na elaboração do código global de prática. O código seria voluntário e se aplicaria a todas as categorias de pessoal de saúde nos setores público e privado. O documento submetido ao Comitê não era o projeto de código, mas um documento de antecedentes preparado pela OMS para facilitar o exame das disposições que seriam incluídas no texto final do código. Considerava-se especialmente importante realizar um debate no âmbito nacional com a participação de todos os interessados, incluindo representantes do governo, setor privado e recrutadores e empregadores de pessoal de saúde.

296. A Repartição faria tudo para facilitar esse debate, mas sabia que o prazo era curto. Além disso, os Estados Membros estavam enfrentando uma série de questões importantes no momento — notadamente a pandemia de influenza H1N1 — que limitariam ainda mais o tempo disponível para organizar consultas nacionais antes que o 49º Conselho Diretor examine o assunto em outubro.

297. A Diretora observou que o tempo disponível para discussão no Conselho Diretor também seria limitado, pois o Conselho tinha uma agenda repleta, que incluía uma mesa-redonda e painel sobre outras questões importantes. Em sua opinião, seria preferível adiar a data de apresentação do código para a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2011, de modo a permitir tempo suficiente para uma análise profunda no âmbito nacional, sub-regional e regional. Incentivou os Estados Membros da OPAS, particularmente os que

eram membros da Diretoria Executiva da OMS, a enviar à Secretaria da OMS suas preocupações acerca do prazo proposto para discussão e desenvolvimento do código global de prática.

298. O Comitê Executivo tomou nota do documento sobre o recrutamento internacional de profissionais da saúde e solicitou que a Repartição enviasse seus comentários à OMS.

Relatório sobre assuntos técnicos (Documentos CE144/INF/4- A, B e C)

Regulamento Sanitário Internacional,(inclui relatório sobre a pandemia de influenza [H1N1] 2009) (Documento CE144/INF/4-A)

299. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilância Sanitária e Prevenção e Controle de Doenças, RSPA) apresentou um relatório sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região e informação atualizada sobre a situação da pandemia de influenza A (H1N1) até 22 de junho de 2009.

300. Quanto à pandemia de H1N1, lembrou que a OMS havia elevado o nível de alerta de pandemia para a fase 6 em 11 de junho de 2009, pois estavam ocorrendo casos em vários países em mais de uma região e havia uma nítida tendência ascendente nas notificações de casos e número de países com notificação de casos. Até 22 de junho, mais de 52.160 casos e 231 mortes haviam sido notificados em 99 países ou territórios. As Américas registraram mais de 43.000 casos em 28 países.

301. Logo no início ficou evidente que valeram a pena os esforços da Região para melhorar a preparação para uma pandemia e implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005). A resposta aos surtos iniciais de influenza A (H1N1) foi rápida, transparente e com muita cooperação. No âmbito regional, o Centro de Operações de Emergência foi ativado imediatamente e mobilizaram-se equipes de resposta rápida. No âmbito nacional, as autoridades de saúde do México, onde a pandemia começou, tomaram medidas decisivas para impedir a disseminação da doença, assim como as dos Estados Unidos e Canadá, que também foram afetados desde o início. A OPAS fornecerá apoio aos países da Região à medida que a pandemia evoluir, trabalhando para fortalecer a capacidade de vigilância, assegurar que os serviços de saúde estejam preparados para tratar os casos de influenza H1N1 e melhorar o acesso a vacinas e agentes antivirais, especialmente para grupos vulneráveis. Enfatizou a necessidade de permanecer vigilante sobre a ameaça representada pela influenza A (H5N1) (gripe aviária), enquanto continua a batalha contra a influenza A (H1N1).

302. A pandemia de H1N1, que representa o primeiro teste real do Regulamento Sanitário Internacional (IHR) revisado em 2005, demonstrou sua eficácia. As disposições que autorizam a OMS e OPAS a considerar relatórios não oficiais de eventos de saúde pública levaram a uma resposta muito mais rápida aos surtos iniciais da doença. Os

pontos focais nacionais do IHR e o ponto de contato da OMS para o IHR na Região (sede da OPAS) proporcionam um canal de comunicação eficaz entre a Organização e os países afetados. Além disso, os mecanismos criados segundo o Regulamento, como a Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos (GOARN), possibilitaram uma rápida mobilização de equipes de peritos, tanto das Américas quanto de outras regiões, para apoiar os países afetados. A GOARN também permitiu uma resposta internacional muito mais organizada e coordenada, que foi crucial para evitar duplicação de esforços e assegurar que a ajuda estava sendo proporcionada onde havia necessidade.

303. A experiência do enfrentamento da pandemia também revelou algumas deficiências na capacidade nacional de resposta de saúde pública e destacou a necessidade de continuar fortalecendo a capacidade básica, particularmente em aeroportos, portos e cruzamentos de fronteira, para que os Estados Membros possam cumprir os requisitos do IHR até 2012.

304. Nesse sentido, informou que 27 dos 35 países da Região concluíram a avaliação da capacidade básica de vigilância e resposta, mas somente 17 dos 35 haviam avaliado a capacidade nos pontos de entrada; 27 dos 35 prepararam planos de ação para assegurar a implantação da capacidade básica necessária. Todos os 35 países haviam designado um ponto focal de IHR. No teste mais recente para avaliar a comunicação entre a OPAS e os pontos focais nacionais, foram recebidas respostas de 28 dos 35 países; 26 desses 28 pontos estavam operando 24 horas por dia, 7 dias por semana. Contudo, indicou que essas cifras foram compiladas antes do advento da pandemia de H1N1; as cifras atuais sem dúvida eram mais altas. As medidas tomadas para implementar o Regulamento em face da pandemia prepararam os Estados Membros não só para esta emergência, mas também para futuros eventos de saúde pública de interesse internacional.

305. A Diretora acrescentou que a OPAS estava colaborando com a OMS na elaboração de diretrizes para a implementação das disposições do IHR relativas às fronteiras. As diretrizes seriam testadas na fronteira entre México e Estados Unidos.

306. No debate que se seguiu, os membros do Comitê aplaudiram o progresso realizado até agora na implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e expressaram gratidão à OPAS e OMS pelo apoio fornecido em resposta à pandemia de H1N1. Destacou-se a importância de uma comunicação exata e equilibrada sobre os riscos. Indicou-se que o esquema de classificação de alerta de pandemia da OMS tinha uma falha: não fornecia informação sobre a gravidade da doença causada por um vírus pandêmico. Os profissionais da saúde sabiam que a fase 6 indica a disseminação mundial da influenza A (H1N1), mas o público e a mídia tendem a interpretar o nível mais alto de alerta como se a doença estivesse mais virulenta, o que estava provocando medo e mesmo pânico em alguns lugares. Instou-se a OPAS a trabalhar com a OMS para corrigir essa deficiência e adaptar a classificação para que ficasse mais compreensível ao público em geral.

307. O Delegado do México, concordando que a pandemia de H1N1 havia colocado à prova o Regulamento Sanitário Internacional (2005), disse que seu Governo havia começado a implementar o Regulamento, que o México considerava um tratado internacional, imediatamente depois de sua adoção em 2005. Também havia elaborado um plano de preparação para a pandemia. Graças a essas ações, conseguiu responder prontamente e conter a disseminação da doença. Seu Governo agradecia o apoio que recebeu da OPAS, OMS e outros Estados Membros.

308. O México estava bem preparado para enfrentar os aspectos de saúde pública da pandemia, mas estava menos equipado para lidar com as repercussões econômicas e os danos causados, por exemplo, no turismo e comércio. Era preciso pensar em alguma maneira de abordar essas questões no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional, talvez criando um fundo de apoio para ajudar os países afetados, e também elaborar mecanismos para facilitar a coordenação intersetorial na resposta a uma pandemia, que se mostrou um grande desafio no caso do México.

309. O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e informação atualizada sobre a pandemia de influenza A (H1N1).

Preparativos para a mesa-redonda sobre hospitais seguros (Documento CE144/INF/4-B)

310. O Dr. Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparação para Emergências e Alívio em caso de desastres, RSPA), apresentando o relatório dos preparativos para a mesa-redonda sobre hospitais seguros a ser realizada durante o 49º Conselho Diretor, afirmou que os hospitais eram um aspecto importante da preparação para desastres, e observou que a preparação dos hospitais era especialmente crucial nas circunstâncias atuais, com a pandemia de influenza H1N1. A mesa-redonda estava sendo organizada no contexto da iniciativa regional de hospitais seguros lançada pelo Conselho Diretor em 2004; Campanha Mundial das Nações Unidas para Redução de Desastres 2008-2009, cujo tema é “Hospitais seguros frente aos desastres”; e Dia Mundial da Saúde 2009, que focaliza a melhoria da resistência e segurança das instalações de saúde.

311. A mesa-redonda incluirá três grupos de discussão, que abordarão aspectos específicos da mobilização da vontade política necessária para atingir a meta de hospitais seguros. Os preparativos para os painéis estavam descritos no relatório. Convida-se os Estados Membros a compartilhar suas experiências em conjunto com a mesa-redonda, apresentando-as por meio de audiovisuais, televisão, cartazes e outros veículos.

312. O Comitê tomou nota do relatório.

Preparativos para o painel sobre a Aliança Pan-Americana sobre Nutrição e Desenvolvimento para atingir os ODM (Documento CE144/INF/4-C)

313. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) apresentou o relatório sobre preparativos para o painel, explicando que o objetivo da Aliança Pan-Americana era abordar questões relativas a nutrição e desenvolvimento mediante um enfoque intersetorial integrado. A Aliança foi estabelecida pelos diretores das agências das Nações Unidas na Região em julho de 2008 numa reunião realizada em Washington, D.C., convocada pela Diretora da RSPA. Nessa reunião, os diretores regionais examinaram o progresso registrado pelos países na consecução dos objetivos de desenvolvimento do milênio relativos à nutrição. A Aliança foi proposta para facilitar o trabalho conjunto das agências das Nações Unidas, especialmente através das equipes nos países, para combater a desnutrição e promover a consecução dos objetivos.

314. O relatório apresentava antecedentes e descrevia os objetivos, resultados previstos e metodologia do Painel. A Repartição estava identificando as pessoas que poderiam participar do Painel, incluindo o Ministro da Saúde do Peru, o Presidente do Uruguai, o Diretor do World Food Programme e o Presidente de Care International, entre outros.

315. No debate que se seguiu, os delegados destacaram o crescente problema da obesidade na Região e perguntaram se a Aliança também o abordaria.

316. O Dr. Tambini afirmou que havia sido formada uma equipe técnica regional com representantes de várias agências das Nações Unidas. A ideia era adotar um enfoque integrado, trabalhando nas áreas de desnutrição e desequilíbrios alimentares que provocavam excesso de peso e obesidade.

317. A Diretora afirmou que o principal objetivo da Aliança Pan-Americana era enfrentar o problema da desnutrição crônica. Contudo, indicou que havia evidências científicas de que crianças desnutridas que se recuperavam muitas vezes se tornavam obesas em resultado dos desequilíbrios causados pela desnutrição, alto consumo de carboidratos e deficiências de micronutrientes. A Aliança focalizava as populações vulneráveis, especialmente grupos indígenas. Os índices de desnutrição na Região continuavam rígidos, apesar do progresso na redução da mortalidade infantil nos últimos 20 anos. A Região tinha um amplo estoque de alimentos, mas o acesso era um problema. A Aliança identificaria as medidas a serem tomadas em áreas como saúde materna, educação, atenção pré-natal, condições ambientais, acesso a água e saneamento. Procurava ajudar os governos a formular políticas sociais integradas para grupos vulneráveis com um enfoque do ciclo vital.

318. O Comitê tomou nota do relatório.

Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (Documentos CE144/INF/5-A, B e C)

319. O Dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente, Relações Externas, Mobilização de Recursos e Parcerias, RSPA) informou sobre as resoluções e outras ações da 62ª Assembleia Mundial da Saúde e 125ª Sessão da Diretoria Executiva da OMS, 39ª sessão ordinária da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos e 5ª Cúpula das Américas consideradas de particular interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. Indicou que os respectivos documentos continham tabelas indicando as atividades da OPAS relacionadas com cada resolução ou ação.

320. A 62ª Assembleia Mundial da Saúde foi realizada em meio a uma grande preocupação com a crise econômica global e a pandemia de influenza A (H1N1). A agenda incluía 18 temas, a maioria relacionada a políticas de saúde. A Assembleia aprovou 16 resoluções. As que interessavam às Américas estavam listadas no Documento CE144/INF/5-A. A 125ª Sessão da Diretoria Executiva foi realizada logo após a Assembleia. Os membros da Diretoria Executiva provenientes das Américas eram Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Paraguai e Peru. A Diretoria examinou relatórios sobre a eliminação global do sarampo, segurança e qualidade dos produtos de sangue e defeitos de nascimento, entre outros assuntos.

321. A 39ª Assembleia Geral da OEA, realizada em Honduras em junho de 2009, aprovou a “Declaração de San Pedro Sula: rumo a uma cultura da não-violência”, que busca promover uma cultura de paz e não-violência e enfatiza o respeito aos direitos humanos e princípios de liberdade, democracia, solidariedade e tolerância. O Documento CE144/INF/5-B destaca as resoluções aprovadas pela 39ª Assembleia Geral de particular interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. A Assembleia também discutiu o acompanhamento das decisões tomadas na Quinta Cúpula das Américas, realizada em Trinidad e Tobago em abril de 2009.

322. Na Quinta Cúpula, os chefes de Estado e Governo da Região aprovaram o “Compromisso de Port-of-Spain: Garantindo o Futuro dos nossos Cidadãos através da Promoção da Prosperidade Humana, Segurança Energética e Sustentabilidade Ambiental”. Dos 97 parágrafos da Declaração, 11 tratam de questões relacionadas à saúde, incluindo acesso universal a serviços de saúde com ênfase nos grupos mais vulneráveis, fortalecimento dos sistemas de saúde com base na atenção primária e prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis. Os compromissos dos chefes de Estado e Governo na área da saúde mostram que há um evidente apoio político para as estratégias e planos de ação adotados pelos Órgãos Diretores da OMS e OPAS. Como membro do Grupo de Trabalho Conjunto para as Cúpulas, a OPAS ajudaria a preparar os relatórios sobre os compromissos e informaria aos Órgãos Diretores.

323. A Diretora aplaudiu a atenção dada às questões de saúde na 39ª Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos e 5ª Cúpula das Américas e destacou a influência unificadora que a saúde poderia ter. Indicando que Cuba era Estado Membro da OPAS, aplaudiu a decisão da 39ª Assembleia Geral da OEA de reintegrar esse país na família interamericana. O fato de a declaração adotada na Cúpula incluir vários parágrafos sobre saúde podia ser atribuído à coordenação entre a OPAS e a Secretaria da OEA antes, durante e depois da Cúpula. A OPAS cooperou na redação da resolução da OEA sobre a pandemia de influenza, apresentada pelo México. Além disso, a OPAS foi responsável pela vigilância epidemiológica durante a Cúpula; para tanto, trabalhou com o Caribbean Epidemiology Centre (CAREC) e Canadá, que enviou um laboratório portátil para o evento. O Comando Sul dos Estados Unidos assumiu a responsabilidade pelos serviços médicos de emergência.

324. Ela gostaria de chamar a atenção para o fato de que as duas últimas reuniões do Comitê de Programa, Orçamento e Administração da Diretoria Executiva da OMS foram presididas, com grande eficiência e responsabilidade, pela Dra. Merceline Dahl Regis, das Bahamas, que se distinguiu como representante das Américas.

325. O Comitê Executivo tomou nota dos relatórios.

Relatório sobre assuntos administrativos e financeiros (Documentos CE144/INF/6-A e B)

Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade para o Setor Público (IPSAS) (Documento CE144/INF/6-A)

326. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) indicou que o Subcomitê havia sido informado que a OPAS esperava aplicar plenamente as Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público até janeiro de 2010. A principal tarefa realizada em março foi a avaliação atuarial das obrigações de longo prazo, incluindo benefícios por rescisão e seguro-saúde de aposentados da OPAS. Informou-se que um atuário externo seria contratado para calcular esses custos de longo prazo. As tarefas a serem concluídas em 2009 incluem apresentação aos Órgãos Diretores das modificações propostas no Regulamento e Regras Financeiras, elaboração de manuais de contabilidade, treinamento em IPSAS, reconhecimento de contribuições em espécie dos Estados Membros nas demonstrações financeiras, identificação de estoques mantidos para venda, determinação das entidades que seriam consolidadas nas demonstrações financeiras da OPAS, possivelmente solicitando avaliação atual dos terrenos e edifícios da OPAS e coordenando a interpretação da Organização sobre as IPSAS com a do Auditor externo. Também era preciso adaptar os sistemas de computação da Organização para cumprir os requisitos básicos das IPSAS.

327. A Srta. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) informou que a conversão para as IPSAS estava dentro do prazo, embora estivesse sendo um grande desafio, exigindo muito tempo dos funcionários da OPAS. A Organização contratou um gerente de projeto para a conversão e também contratou uma firma de atuários para o cálculo das obrigações de longo prazo mencionadas. Essas cifras devem estar disponíveis em meados de julho de 2009.

328. Em maio de 2009, a OPAS organizou um curso de treinamento de uma semana, ministrado pelo Dr. Andreas Bergman, membro da Diretoria das IPSAS, e a Srta. Frahler compareceu a uma reunião da Força Tarefa das Nações Unidas sobre IPSAS.

329. Uma agência das Nações Unidas, o World Food Programme (WFP), já havia implementado as IPSAS, tendo recebido um parecer sem ressalvas sobre o processo. A OPAS estava trabalhando com o WFP para aprender com sua experiência de conversão, que no caso do World Food Programme havia custado mais de \$3 milhões.

330. No debate que se seguiu, uma delegada chamou a atenção para o parágrafo 7 do Documento CE144/INF/6-A, relativo às limitações dos sistemas financeiros e contábeis da OPAS. Ela perguntou acerca dos custos previstos para resolver essas limitações e se o sistema contábil da OPAS estaria vinculado ao Sistema de Gestão Global (GSM) da OMS.

331. A Srta. Frahler respondeu que a OPAS havia consultado o World Food Programme para saber se considerava preferível aperfeiçoar o sistema de computação antes de implementar as IPSAS ou proceder à implementação usando improvisações. O World Food Programme decidiu usar improvisações, que foram todas aprovadas pelos auditores externos. A OPAS decidiu adotar a mesma estratégia de curto prazo, embora no longo prazo a Organização vá precisar de um novo sistema financeiro, capaz de apoiar a contabilidade patrimonial e capitalização de ativos fixos. Um grupo estava trabalhando na elaboração desse sistema e recentemente finalizou os princípios orientadores.

332. A OPAS não estava experimentando problemas com o carregamento de dados no GSM — na verdade, parece que os especialistas da OPAS às vezes entendiam melhor esse sistema do que os funcionários da OMS. Houve dificuldades com o descarregamento de informação do sistema para a OPAS. Mas o problema parece ter sido com o GSM e seu sistema de descarregamento, não com a capacidade da OPAS de receber os dados.

333. O Comitê tomou nota do relatório sobre a implementação das Normas Contábeis Internacionais para o Setor Público.

Fundo Mestre de Investimento de Capital (Documento CE144/INF/6-B)

334. O Embaixador Lionel Maza (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado um relatório

sobre projetos financiados pelo Fundo Mestre de Investimento de Capital já iniciados ou projetados para o futuro. O Subcomitê tomou nota do relatório, solicitando que as futuras versões desse relatório mostrem a relação entre os projetos financiados pelo Fundo Mestre de Investimento de Capital e os financiados pela Conta Especial.

335. O Sr. Michael Boorstein (Diretor de Administração, RSPA) expressou agradecimento aos Estados Membros por terem concordado em estabelecer o Fundo, que proporcionava um mecanismo para investir na infraestrutura da OPAS e um meio de ter fundos disponíveis para despesas com licenças de software e outros materiais para os sistemas de informática da Organização. Detalhes dos projetos financiados pelo Fundo Mestre de Investimento de Capital podem ser encontrados no Documento CE144/INF/6B, que mostra a situação em abril de 2009. Os anexos do documento apresentam informação atualizada.

336. Começando com o subfundo de bens imóveis, chamou a atenção em particular para os \$97.000 que seriam gastos com a reforma do escritório no Brasil. Já que o Governo do Brasil havia financiado a reforma, o montante projetado ainda estava disponível no Fundo. Também planejou-se reformar os elevadores do edifício da sede em Washington, D.C. no corrente biênio, mas esse projeto foi adiado para 2010, em parte para que os elevadores existentes estejam disponíveis para transportar materiais para outro projeto: substituição das janelas do edifício. Indicou o impacto da aprovação pelo Comitê da aceleração do financiamento para o projeto de substituição de janelas, bem como para o Centro de Operações de Emergência (ver parágrafos 254 a 261).

337. Passando ao Subfundo de Tecnologia da Informação, chamou a atenção para um gasto de \$42.000 no Chile, onde o escritório foi arrombado e roubaram grande parte do equipamento de informática.

338. O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre a situação do Fundo Mestre de Investimento de Capital.

Outros assuntos

339. A Diretora lembrou que o Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação da OPAS estava sem um Auditor Sênior há quase quatro anos, o que era motivo de preocupação para os Estados Membros. A Organização tentou diversas maneiras de atrair o candidato certo, incluindo reclassificação da descrição e título do cargo, que passou a ser D-1, mas não teve êxito. Agora, finalmente, a Organização parece ter encontrado vários candidatos qualificados. Eles concluíram os exames para determinar sua adequação e aguardavam a entrevista; a OPAS estava verificando as referências. Espera-se que um candidato seja selecionado até o fim de julho de 2009.

340. Indicando que a Colômbia anunciou durante a sessão de março do SPBA que tencionava ocupar um lugar no Comitê Executivo, ela encorajou as sub-regiões a pensar nos países que poderiam ser indicados para a eleição a ser realizada no Conselho Diretor.

Encerramento da sessão

341. Após a usual troca de cortesias, o Presidente declarou encerrada a 144ª sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e decisões

342. As seguintes resoluções e decisões foram aprovadas pelo Comitê Executivo em sua 144ª sessão:

Resoluções

CE144.R1: Proposta para o estabelecimento de um Comitê de Auditoria

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Proposta para o Estabelecimento de um Comitê de Auditoria* (Documento CE144/26, Rev. 1) e considerado o projeto de Termos de Referência para o Comitê contido neste e

Observando o relatório do Secretariado no assunto,

RESOLVE:

Recomendar ao 49º Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

ESTABELECIMENTO DE UM COMITÊ DE AUDITORIA

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento *Proposta de Estabelecimento de um Comitê de Auditoria* (Documento CD49/26);

Reconhecendo os esforços contínuos da Organização no sentido de estabelecer uma estrutura de governança que reflita boas práticas internacionais; e

Observando a proposta para estabelecer um órgão assessor especialista independente para assessorar o Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e os

Estados Membros da OPAS no funcionamento de controles financeiros e estruturas de comunicação, o processo de gestão de risco e outros controles relacionados com auditoria da Organização,

RESOLVE:

1. Estabelecer um Comitê de Auditoria para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
2. Aprovar os seguintes Termos de Referência para o Comitê de Auditoria da OPAS:

Princípios orientadores

1. Um Comitê de Auditoria será estabelecido pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para exercer uma função consultiva independente, fornecendo ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (“o Diretor”) e aos Estados Membros da OPAS, através do Comitê Executivo, assessoramento sobre a operação de controles financeiros e estruturas de comunicação da Organização, processos de gestão de riscos, e outros controles de auditoria- relacionados. O Comitê desempenhará esta função através de análises independentes do trabalho realizado pelo sistema da OPAS de controles internos e externos, inclusive o Escritório de Serviços de Supervisão e Avaliação Interna da OPAS (IES), o Auditor Externo e a administração e gerência da Organização. O trabalho do Comitê de Auditoria será conduzido de acordo com as normas e boas práticas internacionalmente aceitas e em cumprimento das políticas, regulamentações e regras da OPAS. O Comitê de Auditoria não substitui a função do Comitê Executivo da OPAS ou do seu Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração (SPBA).

Função do comitê

2. O Comitê de Auditoria da OPAS deverá:
 - a) examinar e monitorar a adequação, eficiência e a eficácia de avaliação de riscos e processos de administração da Organização, o sistema de controles internos e externos (incluindo supervisão interna e função de Auditores Externos da OPAS) e a implementação oportuna e efetiva das recomendações de auditorias pela gerência;
 - b) prestar assessoramento nas questões relacionadas ao sistema de controles internos e externos, suas estratégias, planos de trabalho e desempenho;

- c) informar sobre qualquer matéria de política e procedimento da OPAS que exija ação corretiva e sobre melhorias recomendadas na área de controles, inclusive gestão de avaliações, auditorias e riscos;
- d) comentar sobre os planos de trabalho e o orçamento proposto das funções internas e externas de auditoria;
- e) prestar assessoramento nas implicações operacionais das questões e tendências evidentes nas declarações financeiras da Organização e questões significativas de política de comunicação financeira;
- f) prestar assessoramento na adequação e eficácia das políticas de contabilidade e práticas de divulgação e avaliar alterações e riscos nestas políticas; e
- g) assessorar o Diretor no processo de seleção do Auditor Geral da OPAS, e assessorar o Comitê Executivo na seleção do Auditor Externo.

Composição do Comitê

3. O Comitê de Auditoria será integrado por três membros que refletirão os níveis mais elevados da integridade e serão completamente independentes da OPAS. O Comitê de Auditoria será nomeado pelo Comitê Executivo da OPAS. Os membros desempenharão o cargo a título pessoal. Cada Membro participará como Presidente do Comitê por um ano em sistema de rodízio.

Crítérios para afiliação

4. Todos os membros do Comitê devem ter experiência recente e relevante, de nível sênior, nas áreas financeira, de auditorias e/ou outra experiência de supervisão de nível sênior. Tal experiência deve refletir, na medida do possível:

- a) a experiência no preparo, revisão, análise ou avaliação de declarações financeiras que apresentam uma amplitude e nível de complexidade de questões contábeis que são geralmente comparáveis à amplitude e complexidade das questões enfrentadas pela OPAS, inclusive uma compreensão de princípios contábeis aceitos relevantes;
- b) uma compreensão e, se possível, experiência relevante na inspeção, monitoração e processos de avaliação;
- c) uma compreensão do controle interno, gestão de risco, investigação e procedimentos de prestação de contas financeiras; e
- d) uma compreensão geral da organização, estrutura e funcionamento das organizações internacionais do sistema das Nações Unidas.

Termos de nomeação

5. Os Membros do Comitê de Auditoria serão designados a servir não mais de dois mandatos completos de três anos cada. O ciclo de eleição será fixado com o estabelecimento do Comitê. Os membros podem ser reeleitos para um segundo e último mandato de três anos, com a exceção dos três primeiros Membros do Comitê, que serão nomeado por sorteio para servir um mandato inicial dois, três ou quatro anos. Ex-membros do Comitê de Auditoria podem ser designados novamente ao Comitê sujeitos a não servir mais de dois termos completos.

Convocatórias de propostas

6. O Diretor recomendará uma lista dos candidatos qualificados. A lista será notificada ao SPBA antes da sessão do Comitê Executivo e deve incluir um CV detalhado de cada um dos candidatos.

7. A lista dos candidatos será submetida a avaliação, que pode incluir solicitações de mais informações e a modificação posterior. Os candidatos de classificação mais elevada, de acordo com os Critérios para a Afiliação, serão propostos pelo SPBA ao Comitê Executivo para a tomada da decisão.

Responsabilidade dos membros

8. Ao desempenhar as suas funções, os Membros do Comitê de Auditoria nem buscarão nem receberão instruções de qualquer autoridade do governo nacional. Eles atuarão em função de assessoria não executiva, e serão plenamente independente de qualquer governo ou órgão, estrutura ou entidade da OPAS. Os membros serão guiados exclusivamente pela sua perícia e juízo profissional, levando em consideração as decisões coletivas de Órgãos Diretores da OPAS.

9. Aos membros do Comitê de Auditoria se exigirá que assinem um termo de confidencialidade no começo de seu mandato, assim como um formulário de Declaração de Interesse da OPAS. Quando houver um conflito de interesses real ou em potencial, o Membro declarará tal interesse ao Comitê e será isentado da discussão do Comitê sobre a questão correspondente.

Reuniões e Regulamento Interno

10. O Comitê de Auditoria da OPAS normalmente se reunirá em sessões regulares duas vezes ao ano. Reuniões adicionais podem ser programadas em caráter *ad hoc* conforme a necessidade. O Presidente do Comitê determinará o cronograma das reuniões e a necessidade de qualquer reunião adicional no decurso do ano. Ele/Ela também fixará a agenda das reuniões, levando em consideração as solicitações relevantes do Diretor e/ou do Comitê Executivo da OPAS. As reuniões serão convocadas pela Secretaria do

Comitê em nome do Presidente. Os membros do Comitê de Auditoria normalmente receberão aviso pelo menos quatro semanas antes das reuniões.

11. O Diretor, o Auditor Externo, o Auditor Geral da OPAS, o Diretor de Administração da OPAS e o Administrador de Recursos Financeiros da OPAS comparecerão às reuniões do Comitê de Auditoria a convite do Presidente do Comitê.

12. O Comitê de Auditoria pode decidir se reunir em sessão a portas fechadas esporadicamente conforme determinação do Comitê.

13. O Comitê de Auditoria se esforçará em trabalhar com base no consenso.

14. Os membros desempenham o cargo a título pessoal e não podem ser representados por um suplente.

15. A função de apoio administrativo e de secretariado do Comitê de Auditoria, inclusive a preparação e manutenção das atas das reuniões, será realizada pelo pessoal independente contratado de acordo com as necessidades para esta finalidade, e responderá diretamente ao Presidente sobre assuntos relativos ao trabalho do Comitê de Auditoria.

Divulgação

16. O secretariado do Comitê de Auditoria, os observadores e qualquer terceiro convidado pelo Comitê para assistir às suas sessões não divulgarão nenhum documento ou informação sem autorização prévia do Comitê.

17. Qualquer notificação de Membros do Comitê de Auditoria sobre o trabalho do Comitê assegurará a segurança dos materiais confidenciais e manterá outros Membros adequadamente informados.

Acesso

18. O Comitê de Auditoria terá acesso a todos os registros e documentos da Organização, inclusive, mas não limitado a, relatórios da auditoria e documentos de trabalho do IES e relatórios expedidos pelos Auditores Externos.

19. O Comitê de Auditoria poderá apelar a qualquer funcionário da OPAS ou empregado, inclusive a gerência superior da Organização, e solicitar reuniões com qualquer parte, conforme julgar necessário para obter informação relevante a seu trabalho.

20. Os auditores Externos e Auditor Geral da OPAS também terão acesso sem restrição e confidencial ao Presidente do Comitê.

21. O Comitê de Auditoria pode obter assessoramento legal ou outro assessoramento independente profissional caso seja considerado necessário.

Informação

22. O Presidente do Comitê de Auditoria interagirá regularmente com o Diretor e prestará contas quanto aos resultados de deliberações, assim como qualquer questão do Comitê relevante ao seu trabalho.

23. O Comitê de Auditoria preparará um relatório anual do seu trabalho para o Comitê Executivo da OPAS. O Comitê de Auditoria também pode preparar relatórios ad hoc de acordo com solicitações do Comitê Executivo. O Diretor receberá a oportunidade para fazer comentários sobre todos os relatórios antes de seu encaminhamento ao Comitê Executivo.

Recursos

24. Recursos deverão ser fornecidos ao Comitê de Auditoria conforme a necessidade para empreender suas responsabilidades. Os fundos estarão incluídos no orçamento bienal da Organização para cobrir o apoio administrativo, custos de viagem e acomodação com relação às responsabilidades dos Membros do Comitê. Tal viagem será conduzida de acordo com as regulamentações e regras da OPAS. Os Membros servirão sem remuneração da OPAS.

Análise dos termos de referência

25. O Comitê Executivo examinará periodicamente a produção do Comitê de Auditoria, avaliará sua eficácia e fará recomendações apropriadas, em consulta com o Diretor, com respeito a sua composição e Termos de Referência. Os Termos de Referência do Comitê de Auditoria podem ser modificados pelo Conselho Diretor conforme a necessidade.

(Segunda reunião, 22 de junho de 2009)

CE144.R2, Corrig.: Arrecadação de Cotas de Contribuição

A 14ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas de contribuição (Documento CE144/23 e Ad. I), incluindo um relatório sobre a situação do fundo de reserva intitulado *Contribuições Voluntárias para Programas Prioritários:*

Vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Tornando a gravidez mais segura; HIV/aids e Direção;

Observando a informação fornecida sobre os Estados Membros com pagamentos atrasadas das suas cotas de contribuição na medida em que possam estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando as disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS em relação à suspensão dos privilégios de voto dos Estados Membros que não conseguem cumprir com suas obrigações financeiras e a aplicação em potencial dessas disposições a estes Estados Membros que não estão em conformidade com o seu plano de pagamento parcelado aprovado, e

Observando com preocupação que há 22 Estados Membros que não efetuaram os pagamentos de suas cotas de 2009 e que a quantia arrecadada das cotas de 2009 representa somente 14% das atuais contribuições anuais totais,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas de contribuição, incluindo um relatório sobre a situação do fundo de reserva intitulado *Contribuições Voluntárias para Programas Prioritários: Vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Tornando a gravidez mais segura; HIV/aids e Direção;* (Documento CE144/23 e Ad. I).
2. Incentivar os Estados Membros a continuarem fornecendo os recursos financeiros para apoiar o fundo de reserva intitulado *Contribuições Voluntárias para Programas Prioritários: Vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Tornando a gravidez mais segura; HIV/aids e Direção;*
3. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos de 2009 e instar os outros Estados Membros a pagarem todas as suas contribuições pendentes o mais breve possível.
4. Solicitar que a Diretora continue informando os Estados Membros de qualquer saldo devido e a informar ao 49º Conselho Diretor a situação da arrecadação das cotas de contribuição.

5. Recomendar ao 49º Conselho Diretor que as restrições ao voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam aplicadas estritamente a qualquer Estado Membro que, na abertura desta sessão, não efetuou pagamentos substanciais dos seus compromissos de cotas.

(Segunda reunião, 22 de junho de 2009)

CE144.R3: Análise de Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE144/6); e

Ciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não Governamentais* (Resolução CESS.R1, janeiro de 2007),

RESOLVE:

1. Prosseguir com as relações oficiais entre a OPAS e a Sociedade Americana de Microbiologia (ASM), a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS), a Federação Internacional de Diabetes (IDF), a Federação Latino-americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA), a Fundação March of Dimes (MOD), a U.S. Pharmacopeia (USP) e a Associação Mundial pela Saúde Sexual (WAS).
2. Interromper as relações oficiais entre a OPAS e a Associação Latino-americana e Caribenha de Educação em Saúde Pública (ALAESp).
3. Solicitar à Diretora a:
 - a) informar as respectivas ONGs das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
 - b) continuar a estabelecer relações de trabalho dinâmicas com as ONGs interamericanas de interesse da Organização em áreas que se classificam dentro das prioridades programáticas que os Órgãos Diretores adotaram para a OPAS;
 - c) apresentar um relatório anual sobre as relações entre a OPAS e as organizações não governamentais com relações oficiais que permitiriam a avaliação desta

colaboração para os objetivos estratégicos definidos pela Organização no Plano Estratégico 2008–2012; e

- d) continuar fomentado relações entre os Estados Membros e ONGs que atuam na área da saúde.

(Segunda reunião, 22 de junho de 2009)

CE144.R4: Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero* (Documento CE144/14),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA A APLICAÇÃO DA POLÍTICA
DE IGUALDADE DE GÊNERO**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório do Diretor *Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero* (Documento CD49/13);

Recordando o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (Beijing, 1995), as recomendações e relatórios da Conferência Pequim mais 10 (2005), as conclusões acordadas pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (1997/2), a Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000), o Resultado da Cúpula Mundial de 2005 (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas A/RES/60/1), e a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA58.30 sobre a aceleração da consecução das metas de desenvolvimento relacionadas com a saúde acordadas em âmbito internacional, inclusive aquelas contidas na Declaração do Milênio, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), no Protocolo para a Prevenção, Supressão e Punição do Tráfico de Pessoas, Especialmente as Mulheres e

Crianças, e na Convenção Interamericana para a Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará);

Observando a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a integração de gênero (WHA60.25) que insta os Estados Membros a formular estratégias para integrar o gênero nos sistemas de saúde e solicita que o diretor-geral integre a análise de problemas de gênero e ações de gênero no trabalho da OMS;

Reconhecendo a adoção e implantação das políticas de igualdade de gênero em Estados Membros, no sistema das Nações Unidas e no sistema interamericano;

Recordando a Resolução CD46.R16 do 46º Conselho Diretor, que adotou a Política de Igualdade de Gênero da OPAS;

Consciente de que as desigualdades de gênero na saúde persistem na Região, e reconhecendo a evidência de que a integração do gênero nas leis, políticas, programas e projetos de saúde melhora a equidade, eficácia e eficiência na saúde pública; e

Reconhecendo que o Plano de Ação visa a solução das desigualdades de gênero persistentes na saúde pela implementação da Política de Igualdade de Gênero nas leis, políticas, programas, sistemas de monitoração e pesquisa da OPAS e de todos os Estados Membros,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) adotar e promover a execução do Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero como um marco para alcançar a igualdade de gênero na saúde;
 - b) desenvolver planos nacionais, políticas e leis de saúde para impulsionar a integração da igualdade de gênero nos sistemas de saúde, e elaborar políticas, programas e leis de saúde específicas com uma perspectiva de igualdade de gênero, e assegurar que sejam implementados através do estabelecimento ou fortalecimento de um escritório de gênero no âmbito do Ministério da Saúde;
 - c) gerar relatórios sistemáticos sobre a desigualdade de gênero na saúde para planejamento, promoção de causa e monitoração através da produção, análise e uso de informações desagregadas por sexo e outras variáveis relevantes;

- d) facilitar o estabelecimento de grupos consultivos nacionais interssetoriais, que incluam organizações da sociedade civil para apoiar o setor da saúde na execução do Plano de Ação; e
- e) promover e fortalecer parcerias com outras instituições das Nações Unidas e outras organizações para apoiar a implantação do Plano de Ação.

2. Solicitar o Diretor a:

- a) assegurar a implantação do Plano de Ação e apoiar os Estados Membros no progresso da implementação dos planos nacionais para integrar a igualdade de gênero nos sistemas de saúde;
- b) fornecer conhecimento sobre os avanços e boas práticas para alcançar a igualdade de gênero na saúde, e também sobre as ameaças a esse fim;
- c) facilitar o monitoramento do progresso da implantação do Plano de Ação no trabalho e colaboração técnica da Secretaria;
- d) contar com o apoio de um Grupo Consultivo Técnico e outros mecanismos internos e externos que incluam a participação da sociedade civil para a execução e monitoramento do Plano de Ação; e
- e) promover e fortalecer parcerias com outras instituições das Nações Unidas e outras organizações para apoiar a implantação do Plano de Ação.

(Quarta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R5: Saúde Familiar e Comunitária

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o documento conceitual *Saúde Familiar e Comunitária* (Documento CE144/21),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

SAÚDE FAMILIAR E COMUNITÁRIA

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Saúde familiar e comunitária* (documento CD49/20);

Reconhecendo que a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 requer o aumento da proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade; que se abordem os fatores determinantes da saúde; que diminuam as desigualdades em matéria de saúde entre os países e as iniquidades dentro deles; que se reduzam os riscos e a carga de doença e se fortaleçam a gestão e o desenvolvimento do pessoal de saúde;

Levando em conta o “Relatório sobre a saúde no mundo 2008”, sobre atenção primária à saúde e a necessidade de elaborar e fortalecer as políticas públicas para ampliar a cobertura na prestação de serviços de saúde de qualidade com uma orientação de saúde familiar e comunitária; e

Consciente dos mandatos internacionais e regionais acerca da saúde familiar e comunitária, e reconhecendo que, para poder alcançar as metas de saúde estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nos níveis nacional, regional e mundial, é necessário cumpri-los no âmbito local com a participação e colaboração dos serviços sociais e de saúde, com as famílias e as comunidades,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - a) a que adotem um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária como um quadro eficaz para promover e integrar políticas sociais, estratégias de desenvolvimento local, programas de saúde pública e serviços de atenção à saúde com o objetivo de fortalecer a capacidade das famílias e das comunidades para enfrentar as dificuldades e assegurar a saúde e bem-estar de seus membros;
 - b) a que redobrem seus esforços para garantir o acesso universal a serviços e programas de saúde, tanto individuais como coletivos, como um componente fundamental de uma agenda de proteção social, mediante o desenvolvimento de sistemas integrados de saúde baseados na atenção primária à saúde;
 - c) a que fortaleçam o desenvolvimento, a governança, a gestão e o desempenho de redes integradas de serviços de saúde centradas na população para responder às

- necessidades de saúde específicas das pessoas em diferentes etapas de sua vida e no contexto de suas famílias e comunidades; e
- d) a que invistam na capacitação dos recursos humanos necessários para manter a extensão e a ampliação de serviços multidisciplinares e em equipes de atenção primária à saúde, bem como dos programas e intervenções de saúde pública com um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apoie o desenvolvimento de modelos de atenção e capacitação de recursos humanos, assim como a organização, gestão e prestação de serviços de saúde centrados na família e na comunidade para prestar atenção de saúde, contínua, integrada e de qualidade com enfoques de gênero e interculturalidade;
- b) que propicie a incorporação do enfoque de saúde familiar e comunitária nos programas da OPAS;
- c) que promova a participação de organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, organizações da sociedade civil, o setor privado e outros, em iniciativas de apoio nacionais e locais sobre saúde familiar e comunitária, com ênfase em países prioritários e áreas e populações das Américas que carecem de proteção social; e
- d) que facilite o intercâmbio de experiências e boas práticas em matéria de saúde familiar e comunitária entre países e fortaleça os mecanismos para a pesquisa operacional e a avaliação e o acompanhamento padronizados de atividades de saúde familiar e comunitária, a fim de poder fazer comparações internacionais e longitudinais de sua eficácia e eficiência.

(Quinta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R6: Plano de Ação para Saúde do Adolescente e do Jovem

A 14ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem* (Documento CE144/13, Rev. 1), com base no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem* (Documento CD49/12), com base no Plano Estratégico da OPAS 2008–2012;

Considerando a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a Estratégia para a Saúde e o Desenvolvimento da Criança e do Adolescente (WHA56.21, 2003) convocando os governos a fortalecer e ampliar os esforços para alcançar cobertura plena dos serviços e promover o acesso a uma ampla gama de informações sanitárias para os adolescentes; a Cooperação Ibero-americana e o Plano de Integração de Jovens 2009-2015; e a Resolução CD48.R5 do Conselho Diretor da OPAS sobre a Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem 2010-2018, na qual os governos reconheceram formalmente as necessidades diferenciadas da população de jovens e aprovaram a elaboração de um plano de ação;

Recordando o direito do adolescente e do jovem a desfrutar do mais alto padrão possível de saúde, como estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde, Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas e outros instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos;

Compreendendo que a passagem com êxito pela adolescência e juventude é essencial para sociedades prósperas economicamente, participativas e saudáveis;

Reconhecendo que a saúde do adolescente e do jovem é uma aspecto-chave do desenvolvimento econômico e social nas Américas; que seus comportamentos e problemas de saúde são uma parte importante do ônus da morbidade geral; que o custo associado ao tratamento das doenças crônicas é alto; e que a prevenção eficaz e medidas de intervenção precoce estão disponíveis;

Considerando que os desfechos para a saúde do adolescente e do jovem serão mais eficazes se a promoção da saúde, atenção primária à saúde, proteção social e determinantes sociais forem levados em consideração ao se abordar os tópicos prioritários de saúde para essas populações;

Reconhecendo que a OPAS tem cooperado com os países da Região ao estabelecer bases técnicas e conceituais e infraestrutura para o desenvolvimento de políticas e programas nacionais de saúde do adolescente e do jovem;

Com a preocupação de que as necessidades específicas dos adolescentes e dos jovens não têm sido tratadas adequadamente e que a conquista dos objetivos internacionais requererá esforços adicionais em saúde do adolescente e do jovem; e

Considerando a importância de um plano de ação para operacionalizar a Estratégia Regional para Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem, que guiará a preparação de futuros planos nacionais de saúde do adolescente e do jovem, se apropriado, e planos estratégicos de todas as organizações interessadas em cooperação para a saúde nesta faixa etária nos países das Américas,

RESOLVE:

1. Respalda o Plano de Ação para a Saúde do Adolescente e do Jovem para atender de modo eficaz e eficiente às necessidades atuais e emergentes em saúde do adolescente e do jovem com consideração específica das desigualdades prevalentes quanto ao estado de saúde, e fortalecer a resposta de sistema de saúde para elaboração e implementação de políticas, legislação, planos, programas e serviços para adolescentes e jovens.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) priorizar a melhoria da saúde do adolescente e do jovem e a redução dos fatores de risco ao estabelecer e/ou fortalecer programas nacionais e assegurar os recursos apropriados, e melhorar a coordenação dentro do setor da saúde e com parceiros em outros setores a fim de assegurar que ações e iniciativas para a saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem sejam executadas, minimizando a duplicação de esforços e maximizando o impacto dos recursos limitados;
 - b) elaborar e implantar os planos nacionais e promover a implementação das políticas públicas orientadas pelo Plano de Ação, enfocando as necessidades das populações vulneráveis e de baixa renda;
 - c) coordenar com outros países na Região a implementação das atividades contidas em seus planos de ação e a difusão e uso das ferramentas que promovam a saúde do adolescente e do jovem;
 - d) executar o Plano de Ação, se apropriado, dentro de um enfoque integrado do sistema de saúde com base na atenção primária à saúde, enfatizando a ação

- intersetorial e monitorando e avaliando a eficácia dos programas e alocações de recursos;
- e) promover a coleta e o uso de dados sobre a saúde do adolescente e do jovem desagregada por idade, gênero e grupo étnico e o uso de uma análise de gênero, novas tecnologias (por exemplo, sistemas geográficos de informação) e modelos de projeção para fortalecer o planejamento, a realização e o monitoramento dos planos, políticas, programas nacionais, leis e intervenções relacionadas com a saúde do adolescente e do jovem;
 - f) promover e estabelecer contextos capacitadores que fomentem a saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem;
 - g) expandir a cobertura e acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo promoção, prevenção, tratamento eficaz e atenção continuada, para aumentar sua demanda e utilização por adolescentes e jovens;
 - h) apoiar a capacitação para os responsáveis pela formulação de política, gerentes de programas e profissionais da área da saúde para elaborar políticas e programas que visam promover o desenvolvimento da comunidade e prestar serviços de saúde de qualidade eficazes, abordando as necessidades de saúde do adolescente e do jovem e seus determinantes de saúde;
 - i) conseguir a participação dos adolescentes e dos jovens, de suas famílias, comunidades, escolas e outras instituições e organizações apropriadas na provisão de programas de promoção e prevenção próprios para a idade e culturalmente sensíveis como parte do amplo enfoque amplo para melhorar a saúde e o bem-estar do adolescente e do jovem;
 - j) estabelecer parcerias com a mídia para promover imagens positivas de adolescentes e jovens que incentivem comportamentos adequados e o compromisso com questões de saúde; e
 - k) promover a coleta, o uso e o intercâmbio dos dados sobre a saúde do adolescente e do jovem para fortalecer o planejamento local e regional, a realização e o monitoramento dos planos e programas nacionais e intervenções de saúde pública relacionadas com a saúde do adolescente e do jovem.

3. Solicitar à Diretora a:
- a) estabelecer um grupo consultivo técnico por tempo limitado para dar orientação sobre os tópicos pertinentes à saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem;
 - b) promover a coordenação e a implantação do Plano de Ação através da integração das ações pelas áreas programáticas da OPAS em nível nacional, sub-regional, regional e interinstitucional;
 - c) trabalhar com os Estados Membros para executar o Plano de Ação segundo seus próprios contextos e prioridades nacionais e promover a difusão e o uso dos produtos derivados dele em nível nacional, sub-regional, regional e interinstitucional;
 - d) fomentar o desenvolvimento de iniciativas colaborativas de pesquisa que possam fornecer a base de evidências científicas necessárias para estabelecer e realizar programas eficazes e próprios para a idade e para o desenvolvimento e intervenções para adolescentes e jovens;
 - e) estabelecer novas parcerias ou fortalecer as parcerias existentes na comunidade internacional para identificar os recursos humanos, tecnologia e necessidades financeiras a fim de garantir a execução do Plano de Ação;
 - f) incentivar a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais e regionais, entidades do governo, organizações privadas, universidades, mídia, sociedade civil, organizações juvenis, organizações de caráter religioso e comunidades em atividades que promovam a saúde do adolescente e do jovem;
 - g) promover a coordenação do Plano de Ação através de iniciativas semelhantes por outros organismos de cooperação técnica internacional e financiamento para melhorar e defender a saúde do adolescente e do jovem nos países; e
 - h) prestar contas periodicamente aos Órgãos Diretores da OPAS quanto ao progresso e limitações avaliadas durante a execução do Plano de Ação, e considerar a adaptação deste Plano para responder a contextos variáveis e novos desafios na Região.

(Quinta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R7: Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde baseados na Atenção Primária de Saúde

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde Baseados na Atenção Primária de Saúde* (Documento CE144/17), que resume o problema da fragmentação dos serviços de saúde e propõe a criação de redes integradas de prestação de serviços de saúde para lidar com o problema;

Considerando o alto grau de fragmentação dos serviços de saúde e seu impacto adverso no desempenho geral dos sistemas de saúde, manifestado pela dificuldade de ter acesso aos serviços, a prestação de serviços com baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e níveis baixos de satisfação dos usuários com os serviços recebidos; e

Reconhecendo os compromissos feitos no Artigo III da Declaração de Montevideu sobre a renovação da atenção primária à saúde, parágrafo 49 da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017; e o parágrafo 6 do Consenso Iquique da XVII Cúpula Ibero-americana de Ministros da Saúde, que salientam a necessidade de criar modelos mais integrais de atenção que incluam redes de serviços de saúde,

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE BASEADAS
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora das *Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na atenção primária de saúde* (documento CD49/16), que resume o problema da fragmentação dos serviços de saúde e propõe a criação de redes integradas de serviços de saúde, para abordá-lo;

Preocupado pelo nível elevado de fragmentação dos serviços de saúde e seu impacto negativo sobre o desempenho geral dos sistemas de saúde, dificultando assim o acesso aos serviços, prestação de serviços de qualidade técnica baixa, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e pouca satisfação dos usuários com os serviços prestados;

Consciente da necessidade de consolidar os sistemas de saúde centrados na atenção primária (APS) como estratégia fundamental para o alcance das metas nacionais e internacionais de saúde, entre outras estipuladas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Reconhecendo que as redes integradas de serviços de saúde constituem uma das principais expressões operacionais da abordagem da APS com relação à prestação de serviços de saúde, contribuindo para o alcance de seus vários elementos essenciais como a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral à saúde; atenção apropriada à saúde; organização e gestão ótimas e ação intersetorial, entre outros;

Consciente de que as redes integradas de serviços de saúde melhoram a acessibilidade do sistema, reduzem a atenção inadequada, reduzem a fragmentação da atenção à saúde, evitam a duplicação das infraestruturas e serviços, diminuem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas, famílias e comunidades; e

Reconhecendo os compromissos assumidos em conformidade com o artigo III da Declaração de Montevideu sobre a renovação da atenção primária à saúde, com o parágrafo 49 da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; e com o parágrafo 6 do Consenso de Iquique da XVII Cúpula Iberoamericana de Ministros da Saúde, que enfatizam a necessidade de criar modelos de atendimento à saúde mais abrangentes, que incluam redes de serviços de saúde,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros para:
 - a) que se tornem conscientes do problema da fragmentação dos serviços de saúde no sistema de saúde, e se for o caso, nos subsistemas que o compõem;
 - b) que promovam um diálogo com todos os atores pertinentes, em particular, os provedores de serviços de saúde e as pessoas que realizam o trabalho de atenção domiciliar e a comunidade em geral, com relação ao problema da fragmentação dos serviços e as estratégias para abordá-lo;
 - c) que elaborem um plano nacional de ação que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde com uma abordagem de saúde familiar e comunitária, como modalidade preferencial de prestação de serviços de saúde no país;

- d) que promovam a capacitação e gestão dos recursos humanos compatíveis com a criação das redes integradas de serviços de saúde; e
- e) que implementem e avaliem periodicamente o plano nacional de ação para o estabelecimento das Redes Integradas de Serviços de Saúde.

2. Solicitar à Diretora:

- a) que dê apoio aos países da Região na elaboração de seus planos nacionais de ação para a criação de redes integradas de serviços de saúde;
- b) que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde nas fronteiras comuns, incluindo, caso corresponda, regimes de cooperação e compensação dos serviços entre diferentes países (ou “serviços partilhados” no caso do Caribe);
- c) que formule modelos conceituais e analíticos, ferramentas, métodos e guias que facilitem a criação de redes integradas de serviços de saúde;
- d) que apóie a capacitação e gestão dos recursos humanos de saúde compatíveis com a criação de redes integradas de serviços de saúde, inclusive das pessoas que não recebem remuneração e que prestam atenção à saúde domiciliar e à comunidade;
- e) que mobilize recursos em apoio à criação de redes integradas de serviços de saúde na Região, incluindo a documentação de boas práticas e a troca de experiências bem-sucedidas, entre países;
- f) que vigie e avalie o progresso das redes integradas de serviços de saúde nos países da Região; e
- g) que promova um diálogo com a comunidade de organismos de cooperação/doadores internacionais, a fim de conscientizá-los sobre o problema da fragmentação dos serviços de saúde e solicite o seu apoio para o estabelecimento de redes integradas de serviços de saúde na Região.

(Quinta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R8: Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o relatório da Diretora *Estratégia e Plano de Ação para Saúde Mental* (Documento CE144/12),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA SAÚDE MENTAL

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estratégia e plano de ação para saúde mental* (Documento CD49/11);

Reconhecendo o ônus que representam os transtornos mentais e a dependência química – em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade – no mundo e na Região das Américas em particular, bem como a lacuna existente quanto ao número de pessoas doentes que não recebem nenhum tipo de tratamento;

Entendendo que não há saúde física sem saúde mental e que é necessário uma abordagem do processo de saúde e doença não só do ponto de vista da atenção ao dano, como também da perspectiva da proteção dos atributos positivos da saúde e da promoção do bem-estar da população; e, além disso, que do ponto de vista de saúde pública os fatores psicossociais e relacionados ao comportamento humano desempenham uma função crucial;

Considerando o contexto e o fundamento para a ação apresentados na Agenda de Saúde para as Américas, Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 e Programa de Ação da OMS para vencer as lacunas em saúde mental: melhoria e ampliação da atenção dos transtornos mentais, neurológicos e dependência química (mhGAP), em que se considera a importância do tema e se definem os objetivos estratégicos para a abordagem da saúde mental; e

Observando-se que na Estratégia e plano de ação para saúde mental são abordadas as principais áreas de trabalho e são definidas as linhas para cooperação técnica para responder às diversas necessidades de saúde mental dos países,

RESOLVE:

1. Respalda o estabelecido na Estratégia e plano de ação para saúde mental e sua aplicação como parte das condições especiais de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras em termos de saúde mental.

2. Instar os Estados Membros:
 - a) para que incluam a saúde mental como uma prioridade dentro das políticas nacionais de saúde, com a execução de planos de saúde mental que estejam de acordo com as diversas problemáticas e com as prioridades dos países, a fim de manter o que foi alcançado e avançar para novas metas, em especial com relação à redução das lacunas de tratamento existentes;
 - b) para que promovam o acesso universal e equitativo à atenção à saúde mental para toda a população, mediante o fortalecimento dos serviços de saúde mental como parte dos sistemas baseados na atenção primária à saúde e redes integradas de serviços e continuem as atividades para eliminar o modelo antigo centrado nos hospitais psiquiátricos;
 - c) para que continuem trabalhando para fortalecer as estruturas legais dos países visando proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e para conseguir a aplicação eficaz das leis;
 - d) para que impulsionem iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde mental, com atenção particular às crianças e adolescentes e para combater a estigmatização e discriminação que sofrem as pessoas com transtornos mentais;
 - e) para que apoiem a participação eficaz da comunidade e das associações de usuários e de familiares em atividades destinadas a promover e proteger a saúde mental da população;
 - f) para que considerem o fortalecimento dos recursos humanos em termos de saúde mental como um componente-chave da melhoria dos planos e dos serviços, mediante a formulação e a execução de programas sistemáticos de treinamento;
 - g) para que reduzam a lacuna de informação existente na área da saúde mental mediante a melhoria da produção, análise e uso da informação, bem como a pesquisa, e com um enfoque intercultural e de gênero; e
 - h) para que fortaleçam as alianças do setor público com outros setores, bem como com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e principais atores sociais, com ênfase à sua participação na formulação dos planos de saúde mental.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que dê apoio aos Estados Membros na elaboração e execução de planos nacionais de saúde mental no âmbito da suas políticas de saúde, levando em consideração a

- Estratégia e Plano de Ação, procurando corrigir as desigualdades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais;
- b) que colabore nas avaliações dos serviços de saúde mental dos países para conseguir que sejam aplicadas as medidas corretivas apropriadas que se baseiem em comprovações científicas;
 - c) que facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências positivas e inovadoras e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros; e
 - d) que incentive as alianças com organizações governamentais e não governamentais bem como com organismos internacionais e outros atores regionais em apoio à resposta multisetorial que é requerida no processo de execução desta Estratégia e Plano de Ação.

(Quinta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R9: Plano de Ação na Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual
A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de Plano Regional de Ação para a Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual (Documento CE144/20),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO NA PREVENÇÃO DA CEGUEIRA EVITÁVEL
E DEFICIÊNCIA VISUAL**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o Documento CD49/19 *Plano de Ação na Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual*;

Recordando a Resolução WHA56.26 da Assembleia Mundial da Saúde na eliminação da cegueira evitável;

Observando que a incapacidade visual é um problema prevalente na Região e está ligada à pobreza e marginalização social;

Consciente de que a maioria das causas da cegueira é evitável e que os tratamentos disponíveis se encontram entre os de maior êxito e são os mais econômicos de todas as intervenções de saúde;

Reconhecendo que a prevenção da cegueira e da deficiência visual alivia a pobreza e melhora as oportunidades para a educação e emprego; e

Apreciando os esforços feitos recentemente pelos Estados Membros para prevenir a cegueira evitável, porém consciente da necessidade de outras ações,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual*.
2. Insta os Estados Membros a:
 - a) estabelecer comitês coordenadores nacionais que ajudem a elaborar e implantar planos nacionais de prevenção à cegueira;
 - b) incluir prevenção da cegueira evitável e deficiência visual nos planos e objetivos de desenvolvimento nacional;
 - c) impulsionar a integração da prevenção da cegueira e deficiência visual nos planos e programas existentes para a atenção primária à saúde no âmbito nacional, assegurando sua sensibilidade ao gênero e à etnia;
 - d) apoiar a captação dos recursos para eliminar a cegueira evitável;
 - e) incentivar as parcerias entre o setor público, organizações não governamentais, setor privado, sociedade civil e comunidades em programas e atividades que promovam a prevenção da cegueira; e
 - f) promover a cooperação entre países nas áreas de prevenção e atenção à cegueira e à deficiência visual.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que apóie a implantação do *Plano de Ação na Prevenção da Cegueira Evitável e da Deficiência Visual*;

- b) que mantenha e fortaleça a colaboração do Secretariado da OPAS com os Estados Membros na prevenção da cegueira; e
- c) que promova a cooperação técnica entre os países e o estabelecimento de parcerias estratégicas em atividades de proteção da saúde ocular.

(Quinta reunião, 24 de junho de 2009)

CE144.R10: Anteprojeto Emendado do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o anteprojeto emendado do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 apresentado pela Diretora (*Documento Oficial 328*); e

Prevendo que a Repartição considerou as observações do Comitê Executivo na finalização do anteprojeto emendado do Plano Estratégico,

RESOLVE:

Recomendar ao 49º Conselho Diretor a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2008-2012 MODIFICADO

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o projeto de Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado, apresentado pela Diretora (*Documento Oficial 328*);

Observando que o Plano Estratégico foi alterado para alinhá-lo com o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS para o período 2008-2013, que foi também modificado e aprovado pela 62ª Assembleia Mundial da Saúde realizada recentemente; e

Observando que outras alterações atendem a necessidade de atualizar o documento para esclarecer os resultados previstos e simplificar a sua medição,

RESOLVE:

Aprovar o *Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 modificado (Documento Oficial 328)*, incluindo seus indicadores e objetivos revisados.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R11 Eliminação das Doenças Negligenciadas e outras Infecções Relacionadas à Pobreza

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Eliminação das Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza* (Documento CE144/10),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E OUTRAS INFECÇÕES RELACIONADAS À POBREZA

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo recebido o documento *Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza* (Documento CD49/9) e considerando:

- a) a existência de anteriores mandatos e resoluções da OPAS e OMS abordando as doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza que podem ser eliminadas ou drasticamente reduzidas;
- b) a extensa experiência da Região das Américas na implementação de estratégias para eliminação de doenças transmissíveis e os avanços promissores na redução da carga dessas doenças;
- c) a necessidade de cumprir a “agenda inacabada”, já que a proporção de pessoas afetadas continua elevada entre as populações mais pobres e marginalizadas das Américas;
- d) a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde para reduzir efetivamente a carga sanitária, social e econômica das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza;
- e) a atual oportunidade de eliminar ou drasticamente reduzir a carga dessas doenças com as ferramentas disponíveis; e

- f) a importância de trabalhar para eliminar as doenças infecciosas para as quais existem intervenções adequadas e custo-efetivas, mas que continuam afligindo os povos das Américas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - a) a que se comprometam a eliminar ou reduzir as doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza para as quais existem ferramentas a níveis tais que estas doenças não sejam mais consideradas como um problema de saúde pública até 2015;
 - b) a que identifiquem doenças negligenciadas prioritárias, populações vulneráveis que ficaram defasadas, lacunas na informação epidemiológica e áreas geográficas prioritárias para intervenção (“zonas críticas”) no âmbito subnacional dos países;
 - c) a que revisem os planos nacionais de controle ou eliminação dessas doenças e, se necessário, desenvolvam novos planos que se baseiem num enfoque integral e considerem os determinantes sociais da saúde, estratégias interprogramáticas e ações intersetoriais;
 - d) a que trabalhem para fornecer recursos suficientes para assegurar a sustentabilidade dos programas nacionais e subnacionais de controle, incluindo pessoal, medicamentos, equipamento e outras necessidades;
 - e) a que implementem prevenção, diagnóstico, tratamento, controle de vetores e estratégias de eliminação de maneira integrada para que contribuam ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, incluindo a atenção primária em saúde e os sistemas de vigilância em saúde;
 - f) a que explorem e, se for apropriado, promovam uma série de esquemas de incentivo à pesquisa e desenvolvimento, incluindo, nos casos apropriados, a desvinculação entre o custo da pesquisa e desenvolvimento e o preço dos produtos, por exemplo, mediante a outorga de prêmios, com o objetivo de combater as doenças que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento;
 - g) a que mobilizem recursos adicionais e envolvam possíveis parceiros nos países, bem como instituições bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, organizações não governamentais, fundações e outros atores;

- h) a que proporcionem apoio à promoção de pesquisa e desenvolvimento científico relacionado a novas e melhores ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos para prevenir e controlar doenças negligenciadas, como o desenvolvimento de testes de diagnóstico acessíveis, medicamentos mais seguros e mecanismos oportunos de diagnóstico para reduzir as complicações dessas doenças; e
 - i) a que aprovelem as metas e indicadores para eliminação e redução das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza consideradas como prioridades pelos Estados Membros e listadas nos Anexos A e B.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que continue advogando por uma ativa mobilização de recursos e promova o desenvolvimento de parcerias para apoiar a implementação da presente resolução;
 - b) que forneça cooperação técnica aos países para a preparação de planos de ação nacionais;
 - c) que promova a identificação, desenvolvimento e uso de intervenções baseadas em evidências que sejam sólidas do ponto de vista técnico e científico;
 - d) que promova a implementação das atuais diretrizes da OPAS/OMS para a prevenção e controle das doenças incluídas;
 - e) que promova a pesquisa e desenvolvimento científico relacionados a novas ou melhores ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos para a prevenção e controle das doenças negligenciadas;
 - f) que apóie o fortalecimento dos sistemas de vigilância e atenção primária à saúde, bem como o monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais que estão sendo implementados;
 - g) que fortaleça a colaboração entre países que compartilham as mesmas doenças; e
 - h) que continue a apoiar e fortalecer os mecanismos para aquisição de medicamentos como o Fundo Estratégico, de modo a tratar as doenças negligenciadas com o melhor custo e aumentar o acesso.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

Presença de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza, por país, e número total de países onde cada doença ocorre na América Latina e Caribe, segundo os critérios indicados abaixo³

País	Doença											
	Doença de Chagas	Sífilis congênita	Raiva humana transmitida por cães	Lepra	Filariose linfática	Malária	Tétano Neonatal	Oncocercose	Peste	Esquistossomíase	Helmintíase transmitida pelo solo	Tracoma
Anguilla	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antígua e Barbuda	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentina	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbados	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belize	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolívia	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brasil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Ilhas Caiman	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Chile	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Colômbia	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
República Dominicana	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Equador	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Guiana Francesa	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Granada	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadalupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guiana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Haiti	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Martinica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
México	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X

³ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Presented at the Consultation on a Latin American and Caribbean Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases. Washington, DC, 15-16 de dezembro de 2008. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

País	Doença											
	Doença de Chagas	Sífilis congênita	Raiva humana transmitida por cães	Lepra	Filariose linfática	Malária	Tétano Neonatal	Oncocercose	Peste	Esquistossomíase	Helmintíase transmitida pelo solo	Tracoma
Montserrat	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antilhas Holandesas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Nicarágua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Panamá	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguai	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Peru	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
Saint Kitts e Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Santa Lúcia	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
São Vicente e Granadinas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinidad e Tobago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Turcas e Caicos	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguai	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Virgens (Reino Unido)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Virgens (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Total de países da América Latina e Caribe onde ocorrem doenças	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	todos	3

^a Nesses países, a doença só está presente como problema de saúde pública ^b Área endêmica anteriormente
- Não há evidência ... Não há informação

CrITÉRIOS:

Doença de Chagas:	Evidência de qualquer tipo de transmissão nos últimos 10 anos (1998-2007)
Esquistossomíase:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (1998-2007)
Filariose linfática:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Helmintíase transmitida pelo solo:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (2005-2007)
Lepra:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Oncocercose:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Raiva humana transmitida por cães:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2006-2008)
Tracoma:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (1998-2007)
Tétano neonatal:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Sífilis congênita:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Malária	Evidência de transmissão local contínua nos últimos 5 anos
Peste	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2006-2008)

Situação epidemiológica, metas de eliminação e estratégias primárias para a eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza.⁴

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções custo-efetivas)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Doença de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> – Há evidência de transmissão em 21 países das Américas – Estima-se que 8 a 9 milhões de pessoas estejam infectadas. – 40.000 novos casos de transmissão vetorial por ano. – Transmissão pelos principais vetores interrompida em vários países (Uruguai, Chile, Brasil e Guatemala) e áreas (Argentina e Paraguai). – A maioria dos países da América Latina está quase atingindo a meta de implementar triagem da doença de Chagas em todos os bancos de sangue. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interromper a transmissão domiciliar do <i>T. cruzi</i> (índice de infestação triatomínea inferior a 1% e soroprevalência negativa em crianças até cinco anos, com exceção do mínimo representado por casos em crianças de mães soropositivas). – Interromper a transmissão transfusional do <i>T. cruzi</i> (100% de triagem do sangue).⁵ – Integrar diagnóstico da doença de Chagas no sistema de atenção primária, de modo a proporcionar tratamento e atenção a todos os pacientes nas fases aguda e crônica e reforçar a cadeia de oferta dos tratamentos existentes nos países para ampliar o acesso. – Prevenir o desenvolvimento de cardiomiopatias e problemas intestinais relacionados à doença de Chagas, oferecendo tratamento adequado às pessoas afetadas pelas várias etapas da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar vetores nas casas mediante controle químico. – Programas de gestão ambiental. – Informação/Educação/Comunicação (IEC). – Triagem de amostras nos bancos de sangue para evitar transmissão transfusional. – Triagem de mulheres grávidas e tratamento para evitar transmissão congênita. – Boas práticas de preparação de alimentos para evitar transmissão oral. – Tratamento etiológico de crianças – Oferecer tratamento a adultos com doença de Chagas.

⁴ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Presented at the Consultation on a Latin American and Caribbean Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases. Washington, DC, 15-16 de dezembro de 2008. Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

⁵ Baseado em: WHO. *Elimination of transmission of Chagas Disease*. WHA51.14. Fifty-first World Health Assembly. 1998.

GROUP 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Sífilis congênita	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que 250.000 casos de sífilis congênita ocorram a cada ano na Região. – Numa pesquisa realizada em 2006, 14 países indicaram a incidência de sífilis congênita, variando de 0,0 caso por 1.000 nascidos vivos em Cuba a 1,56 no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública (menos de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos).⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> – Notificação obrigatória da sífilis e sífilis congênita em mulheres grávidas. – Triagem universal do sangue durante a primeira visita pré-natal (<20 semanas,) durante o terceiro trimestre, durante o parto e após natimorto e aborto. – Tratamento oportuno e adequado para todas as grávidas com sífilis, bem como cônjuges e recém-nascidos.
Raiva humana transmitida por cães	<ul style="list-style-type: none"> – Doença presente em 11 países nos últimos 3 anos. – Embora número de casos humanos seja baixo (16 em 2008) devido aos esforços dos países, ainda é alto o número de pessoas que vivem em áreas de risco devido à raiva em cães. – Maioria dos casos ocorreu no Haiti e Bolívia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a raiva humana transmitida por cães (nenhum caso notificado ao Sistema de Vigilância Epidemiológica da Raiva (SIRVERA) coordenado pela OPAS).⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> – Vacinação de 80% da população canina em áreas endêmicas. – Tratar 100% da população exposta em risco com profilaxia pós-exposição se for indicado. – Vigilância epidemiológica. – Educação e comunicação para aumentar a conscientização acerca do risco da raiva.

⁶ Baseado em: OPS. *Plan de Acción para la eliminación de la sífilis congénita*. 116.ª Reunión del Comité Ejecutivo. CE116/14. OPS, 1995.

⁷ Baseado em: OPAS. 15ª Reunión Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): “Agricultura e Saúde: Aliança pela Igualdade e Desenvolvimento Rural nas Américas”. CD48.R13. 48º Conselho Diretor.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Lepra	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em 24 países nos últimos três anos. – Somente no Brasil a prevalência nacional não atingiu a meta de “eliminação como problema de saúde pública” de menos de um caso por 10.000 habitantes. – Em 2007, 49.388 casos de lepra notificados nas Américas e 42.000 novos casos detectados. – No mesmo ano, 3.400 novos casos (8% do total) foram detectados com grau 2 de incapacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a lepra como problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 habitantes) a partir dos primeiros níveis político-administrativos subnacionais.^{8,9} 	<ul style="list-style-type: none"> – Intensificar vigilância dos contatos. – Tratamento com múltiplas drogas em pelo menos 99% dos pacientes. – Definir introdução apropriada da quimioprofilaxia. – Detecção precoce do grau 2 de descapacidade.
Filariose linfática	<ul style="list-style-type: none"> – Presente no Brasil, Guiana, Haiti e República Dominicana. – Estima-se até 11 milhões de pessoas com risco de infecção. – População mais exposta a risco no Haiti (90%). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de 1% de prevalência de microfilárias em adultos em locais sentinelas e locais de controle por amostragem na área). – Interromper sua transmissão (nenhuma criança de 2 a 4 anos com resultado positivo no teste do antígeno). – Prevenir e controlar descapacidade¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração maciça de medicamentos (AMM) uma vez por ano pelo menos por 5 anos com cobertura mínima de 75% ou consumo de sal fortificado com dietilcarbamazina na alimentação diária. – Vigilância da morbidade de FL pelos sistemas locais de vigilância sanitária. – Gestão dos casos de morbidade. – Integração/coordenação de AMM com outras estratégias. – Estratégias de comunicação e educação nas escolas.

⁸ Baseado em: WHO. Adoption of Multidrug Therapy for Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. 44th World Health Assembly. WHA44.9. Geneva: WHO, 1991.

⁹ Baseado em: WHO. Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. Geneva: WHO, 2000.

¹⁰ Baseado em: WHO. Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level. Geneva: WHO; 2005.

GROUP 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Malária	<ul style="list-style-type: none"> – 21 países endêmicos na Região. – Alguns países, como Paraguai e Argentina, têm baixa endemicidade (menos de um caso por 1.000 habitantes em risco) e focos bem estabelecidos. – No Caribe, somente Haiti e República Dominicana são considerados endêmicos e notificaram aproximadamente 26.000 casos em 2007 (90% no Haiti). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a malária em áreas onde a interrupção da transmissão local é possível (Argentina, Haiti, México, Paraguai, República Dominicana e América Central).¹¹ – Eliminação (nenhum caso local por 3 anos consecutivos); pré-eliminação (taxa de positividade = < 5 % e <1 caso por 1.000 habitantes em risco).¹² 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenção, vigilância, detecção precoce e contenção de epidemias. – Gestão integrada de vetores. – Diagnóstico rápido e tratamento apropriado dos casos. – Farmacovigilância intensiva de possível resistência ao tratamento e uso de resultados na definição da política de tratamento. – Fortalecimento da atenção primária e integração dos esforços de prevenção e controle com outros programas de saúde. – Participação comunitária.
Tétano neonatal	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em taxas mais baixas em 16 países nos últimos 3 anos. – No total, 63 casos foram notificados em 2007 (38 no Haiti). – Eliminado como problema de saúde pública em todos os países da América Latina e Caribe, com exceção do Haiti. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de 1 caso por 1.000 recém-nascidos por ano num município ou distrito).¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> – Imunização de mulheres em idade de procriar com toxóide tetânico. – Identificação de áreas de alto risco. – Vigilância adequada. – Parto e pós-parto higiênicos.

¹¹ Baseado em: PAHO. *Malaria: Progress Report*. 142nd Session of the Executive Committee. CE142/16. PAHO. 2008.

¹² Baseado em: WHO. *Global Malaria Control and Elimination: Report of a Technical Review*. 17-18 de janeiro de, 2008. WHO. 2008. p.9.

¹³ Baseado em: Pan American Health Organization. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Oncocercose	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que 500.000 pessoas estejam em risco na Região. – 13 focos no Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela. – Em 6 focos, transmissão parece ter sido interrompida após administração maciça de medicamentos com cobertura de ao menos 85% da população admissível. – Estão passando por uma vigilância pós-tratamento de três anos antes de certificar a eliminação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a morbidade ocular e interromper transmissão.^{14,15} 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração maciça de medicamentos ao menos duas vezes por ano para atingir ao menos 85% da população em cada área endêmica. – Vigilância de sinais de morbidade ocular, microfilárias e nódulos. – Atendimento dermatológico por meio do sistema de atenção primária em áreas onde as infecções da pele constituem um problema.
Peste	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em focos silvestres em 5 países com casos esporádicos: Bolívia (nenhum caso notificado nos últimos 10 anos), Brasil, Equador, Estados Unidos e Peru. – Atualmente número de casos na América Latina é baixo (cerca de 12 casos por ano). – A maioria dos casos notificados no Peru. – Muito poucos são fatais. – Os casos geralmente ocorrem em pequenas povoados rurais com pobreza extrema. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar como problema de saúde pública (nenhum caso de mortalidade e evitar surtos domiciliares). 	<ul style="list-style-type: none"> – Detecção precoce e gestão oportuna dos casos. – Vigilância dos focos silvestres. – Melhoria da habitação e saneamento. – Controle de roedores e vetores. – Programas intersetoriais de melhoria da armazenagem de grãos. – Eliminação adequada dos resíduos agrícolas. – Instalações domiciliares para criação de “cuyes” (tipo de porquinho-da-índia usado para alimentação).

¹⁴ Baseado em: PAHO: *Toward the Elimination of Onchocerciasis (River Blindness) in the Americas. (CD48/10)*. 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, DC: OPAS; 2008.

¹⁵ Baseado em: WHO. Certification of elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures. Guidelines. WHO; 2001.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Tracoma	<ul style="list-style-type: none"> – Evidência da presença dessa doença no Brasil, Guatemala e México. – Focos confirmados em estados fronteiriços do Brasil, mas não há dados sobre os países vizinhos. – Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas vivem em áreas de risco e cerca de 7.000 casos foram identificados, a maioria no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar novos casos de cegueira causada pelo tracoma (redução na prevalência de triquíase tracomatosa a menos de 1 caso por 1.000 habitantes e redução na prevalência de tracoma folicular ou inflamatório a menos de 5% em crianças de 1-9 anos).^{16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> – Estratégia "SAFE" usada com os seguintes componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir cegueira mediante cirurgia das pálpebras para corrigir inversão ou entropia da pálpebra superior e triquíase. • Reduzir a transmissão em áreas endêmicas mediante lavagem do rosto e uso de antibióticos.

¹⁶ Baseado em: WHO. Report of the Global Scientific Meeting on Future Approaches to Trachoma Control. Geneva: WHO; 1996. p. 4-7.

¹⁷ Baseado em: WHO. Trachoma control: A guide for programme managers. WHO, 2006.

GRUPO 2: Doenças cuja prevalência pode ser drasticamente reduzida (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Esquistossomíase	<ul style="list-style-type: none"> – Presente no Brasil, Santa Lúcia, Suriname e Venezuela. – São necessários estudos para confirmar a eliminação de áreas anteriormente endêmicas no Caribe. – Estima-se que cerca de 25 milhões de pessoas vivem em risco nas Américas. – Estima-se que de 1 a 3 milhões de pessoas estejam infectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir a prevalência e carga parasitária em áreas de alta transmissão a menos de 10%, medida pela contagem de ovos.^{18,19} 	<ul style="list-style-type: none"> – Quimioterapia preventiva ao menos para 75% das crianças em idade escolar que vivem em áreas de risco, definidas pela prevalência acima de 10% em crianças dessa idade. – Melhorias nos sistemas de disposição de dejetos e acesso a água potável e educação.
Helmintíase transmitida pelo solo	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que a helmintíase transmitida pelo solo esteja presente em todos os países da Região. – Estimativas regionais calculam em 26,3 milhões o número de crianças em idade escolar com risco de contrair a doença na América Latina e Caribe. – Em 13 dos 14 países com informação disponível havia uma ou mais áreas com prevalência de STH acima de 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir a prevalência entre crianças em idade escolar em áreas de alto risco (prevalência >50%) a menos de <20% medida pela contagem de ovos.²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração regular de quimioterapia preventiva ou administração maciça de medicamentos ao menos para 75% das crianças em idade escolar sob risco (segundo definição de cada país, considerando a prevalência). Se a prevalência de qualquer infecção helmíntica transmitida pelo solo entre crianças em idade escolar for $\geq 50\%$ (comunidade de alto risco), tratar todas as crianças em idade escolar duas vezes por ano. Se a prevalência de uma infecção helmíntica transmitida pelo solo entre crianças em idade escolar em risco for $\geq 20\%$ e $< 50\%$ (comunidade de baixo risco), tratar todas as crianças em idade escolar uma vez por ano. – Promover acesso a água segura, saneamento e educação sanitária, mediante colaboração intersetorial.

¹⁸ Baseado em: WHO. *Preventive chemotherapy in human helminthiasis*. Geneva: WHO; 2006.

¹⁹ Baseado em: WHO. *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. 54th World Health Assembly. WHA54.19. Geneva: WHO, 2001.

²⁰ Baseado em: WHO. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Geneva: WHO; 2006.

CE144.R12: Estrutura de Política para Doação e Transplante de Órgãos Humanos

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estrutura de Política para Doação e Transplante de Órgãos Humanos* (Documento CE144/15, Rev. 1)

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**DIRETRIZES PARA UMA POLÍTICA DE A DOAÇÃO E
TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS HUMANOS**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos* (Documento CD49/14), no qual se propõe que os Estados membros contem com uma política que permita o fortalecimento da capacidade nacional para abordar com eficácia e eficiência o problema da doação e transplante de células, tecidos e órgãos e obter a utilização ótima dos recursos destinados para tal fim;

Reconhecendo as contribuições valiosas que a Rede/Conselho Ibero-Americano de Doação e Transplante (RDCIT) realizou para a promoção e o fortalecimento dos programas nacionais de doação e transplante de órgãos na Região;

Ciente da magnitude e da utilidade cada vez maior dos transplantes de células, tecidos e órgãos humanos para uma ampla gama de afecções tanto nos países com muitos recursos quanto nos de poucos recursos;

Comprometido com os princípios da dignidade e solidariedade humana, que condenam a aquisição de parte do corpo humano para o transplante e a exploração das populações mais pobres e vulneráveis, bem como o tráfico humano que decorre dessas práticas;

Convencido de que a doação voluntária e não remunerada de órgãos, células e tecidos de doadores mortos ou vivos contribui para garantir a persistência de um recurso comunitário vital; e

Sensível à necessidade de que se vigiem tanto as reações como os eventos adversos associados com a doação, o processamento e o transplante de células, tecidos e

órgãos humanos como tais, e de que se assegure o intercâmbio internacional desses dados para otimizar a segurança e a eficácia dos transplantes,

RESOLVE:

1. Instar os Estados membros:
 - a) a que empreguem os Princípios Orientadores para o Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos na formulação e execução de suas políticas, leis e regulamentações relativas à doação e o transplante de células, tecidos e órgãos humanos, conforme o caso;
 - b) a que promovam o acesso equitativo aos serviços de transplante em conformidade com as capacidades nacionais que servem de base para o apoio público e a doação voluntária;
 - c) a que lutem contra a busca de benefício econômico ou de vantagens comparáveis nas transações com partes do corpo humano, tráfico de órgãos e turismo de transplantes, e inclusive incentivem os profissionais da saúde a notificar às autoridades pertinentes quando tenham conhecimento dessas práticas, em conformidade com as capacidades nacionais e a legislação nacional;
 - d) a que reforcem as autoridades e as capacidades públicas nacionais, prestando-lhes apoio para assegurar a supervisão, organização e coordenação das atividades de doação e transplante, prestando atenção especial a que se recorra o máximo possível às doações de órgãos de cadáveres e se proteja a saúde e o bem-estar dos doadores vivos;
 - e) a que melhorem a segurança e a eficácia da doação e dos transplantes com a promoção das boas práticas internacionais;
 - f) a que colaborem na obtenção de dados, em particular sobre reações e eventos adversos, relativos às práticas, segurança, qualidade, eficácia, epidemiologia e ética da doação e dos transplantes; e
 - g) a que mantenham uma participação ativa na RDCIT e incorporem as orientações e recomendações emanadas da Rede/Conselho em suas políticas, leis, regulamentações e práticas sobre obtenção, doação e transplante de células, tecidos e órgãos.

2. Solicitar à Diretora:
- a) que divulgue os Princípios Orientadores atualizados sobre transplante de células, tecidos e órgãos humanos o mais amplamente possível a todas as partes interessadas;
 - b) que preste apoio aos Estados membros e organizações não governamentais em questões de proibição do tráfico de material de origem humana e o turismo de transplantes;
 - c) que continue obtendo e analisando dados regionais sobre as práticas, segurança, qualidade, eficácia, epidemiologia e ética da doação e do transplante de células, tecidos e órgãos humanos;
 - d) que preste assistência técnica aos Estados membros que assim solicitarem para elaborar leis e regulamentações nacionais sobre doação e transplante de células, tecidos e órgãos humanos e estabelecer sistemas apropriados para este fim, em particular facilitando a cooperação internacional;
 - e) que facilite aos Estados membros o acesso a informações apropriadas sobre a doação, o processamento e o transplante de células, tecidos e órgãos humanos, em particular aos dados sobre reações e eventos adversos graves; e
 - f) que preste assistência técnica aos países do Caribe para a promoção ou o fortalecimento de seus programas de transplante renal e proponha um sistema sub-regional de serviços de saúde e transplante renal que permita a sustentabilidade e a viabilidade deste tipo de programas.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R13: Plano de Ação para a Saúde do Idoso, incluindo Envelhecimento Ativo e Saudável

A 14ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Plano de Ação para a Saúde do Idoso, incluindo Envelhecimento Ativo e Saudável* (Documento CE144/9),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE DOS IDOSOS,
INCLUINDO O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL**

O 49º CONSELHO DIRETOR:

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável* (documento CD49/8);

Levando em conta os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas de idade (1991); os mandatos internacionais propostos no *Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento* (2002); a Resolução CSP26.R20 (2002) da Conferência Sanitária Pan-Americana; a Estratégia de Implementação para a Região, aprovada na Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento (2003); a Declaração de Brasília, aprovada na Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento (2007); a Agenda de Saúde nas Américas 2008-2017; e a Resolução da Organização dos Estados Americanos AG/RES.2455 (XXXIX-O/09), “Direitos Humanos e Pessoas Adultas de Mais Idade”, aprovada pela Assembleia Geral da OEA em seu XXXIX período habitual de sessões (São Pedro Sula, Honduras, 4 de junho de 2009);

Reconhecendo o alto grau de complementariedade entre esta estratégia e os outros objetivos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS (*Documento oficial 328*), tais como aqueles relacionados com a incapacidade (prevenção e reabilitação), saúde mental, saúde dos povos indígenas, nutrição na saúde, e desenvolvimento e os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde (enfoques favoráveis aos pobres, sensíveis às questões de gênero e baseados nos direitos humanos);

Ressaltando que a mudança exponencial para uma nova situação demográfica e epidemiológica leva os países não só a se adaptarem rapidamente como também prever novos contextos e que só com uma adequada mudança social e na saúde será possível conseguir uma longevidade com saúde e ativa, e beneficiar amplamente os indivíduos, as famílias e a sociedade em seu conjunto; e

Considerando a importância de uma estratégia e um plano de ação que permitam aos Estados Membros responderem de forma eficaz e eficiente às necessidades e demandas que o envelhecimento populacional vem ocasionando, de forma rápida, nos sistemas de saúde e de previdência social, na sociedade e na família,

RESOLVE:

1. Respalda o presente *Plano de Ação para a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável* e sua consideração nas políticas, nos planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e na discussão dos orçamentos

nacionais, lhes permitindo criar as condições propícias para responder ao desafio do envelhecimento de seus respectivos países.

2. Exortar os Estados Membros a:

- a) considerarem os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas de idade (independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade) como fundamentos das políticas públicas associadas ao envelhecimento e à saúde, e da necessidade de incluir os idosos na elaboração e aplicação destas políticas;
- b) adotarem políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso dos idosos aos programas e serviços de saúde adaptados às suas necessidades, incluindo, especialmente, programas de promoção e prevenção baseados na atenção primária à saúde e que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que integrem condutas pessoais e ambientais saudáveis com o objetivo de alcançar um envelhecimento ativo durante o ciclo da vida, com a participação da sociedade, família e dos próprios indivíduos;
- c) promoverem um diálogo interno entre as instituições do setor público, entre estas e o setor privado, e a sociedade civil, a fim de chegar a consensos nacionais sobre o tema da saúde dos idosos e o envelhecimento saudável e ativo, e sua vinculação aos processos de desenvolvimento nacional;
- d) advogarem, levando em conta a Resolução CSP26.R20, “A saúde e o Envelhecimento”, aprovada pela 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Washington, D.C, Estados Unidos, 23 de setembro de 2002), pela promoção e proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais dos idosos, através da adoção de quadros legais e mecanismos de implementação, principalmente no contexto dos serviços voltados para o cuidado de longo prazo;
- e) colaborarem com o Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos no desenvolvimento de esforços que incluam, entre outros, uma sessão especial de representantes nacionais e especialistas provenientes do setor acadêmico e da sociedade civil, bem como de organismos internacionais, a fim de fazer a troca de informações e boas práticas e, ao mesmo tempo, examinar a viabilidade de elaborar uma Convenção Interamericana sobre os direitos dos idosos;
- f) suportarem a aquisição de habilidades destinadas à capacitação dos recursos humanos e requeridas para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos;

- g) fortalecerem a capacidade de gerar informações e pesquisa para o desenvolvimento de estratégias baseadas nas evidências e nas necessidades deste grupo populacional e a permitirem o monitoramento e a avaliação de seus resultados; e
- h) colocarem em andamento os processos de revisão e análise interna sobre a pertinência e sobre a viabilidade da presente estratégia no contexto nacional, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.

3. Solicitar à Diretora:

- a) que apoie os Estados Membros na implementação da *Estratégia e do Plano de Ação para a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Saudável e Ativo*, de acordo com suas necessidades e o contexto demográfico e epidemiológico;
- b) que promova a implementação e a coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo sua transversalidade através das áreas programáticas, dos diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização e através da colaboração aos países e entre estes, na elaboração de estratégias e no intercâmbio das capacidades e dos recursos para implementar os planos sobre saúde e envelhecimento;
- c) que estimule o desenvolvimento de pesquisas colaborativas que levem a um melhor conhecimento do impacto do envelhecimento nos sistemas de saúde e na modelagem de cenários futuros, permitindo o aumento da capacidade de previsão nacional neste tema, a elaboração de estratégias afins e a implementação de intervenções baseadas nas necessidades específicas dos contextos da Região;
- d) que respalde o desenvolvimento e a aquisição de habilidades para a preparação e distribuição adequadas dos recursos humanos em saúde necessárias aos países na atenção das necessidades de saúde dos idosos;
- e) que consolide e fortaleça a colaboração técnica com os comitês, órgãos e com os relatórios das Nações Unidas e organismos interamericanos, promovendo, também, alianças com outras agências internacionais e regionais, instituições técnico-científicas, sociedade civil organizada, setor privado e outros, no estabelecimento de uma Coalizão das Américas para o Envelhecimento Saudável, contribuindo para a implementação desta Estratégia e Plano de Ação; e
- f) que informe periodicamente os Órgãos Diretores da OPAS dos progressos e limitações no desenvolvimento da presente Estratégia e Plano de Ação, bem como sua adequação aos novos contextos e necessidades, caso necessário.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R14: Saúde e Turismo

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Saúde e Turismo* (Documento CE144/16),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

SAÚDE E TURISMO

O 49º CONSELHO DIRETIVO:

Tendo revisado o relatório da Diretora, *Saúde e Turismo* (documento CD49/15);

Reconhecendo a importância de se tomar mais consciência quanto à relevância dos vínculos entre a saúde e o turismo, para a promoção de políticas nacionais de turismo que sejam favoráveis à saúde e quanto ao aumento da participação da iniciativa privada, das comunidades e dos meios de comunicação;

Reconhecendo, também, a importância de se refletir sobre os fatores da saúde e do meio ambiente que põem em perigo o desenvolvimento do turismo sustentável na Região, mediante o exame das oportunidades e das principais barreiras intervindo neste desenvolvimento nas Américas;

Considerando a necessidade de se criar um quadro de cooperação entre organismos internacionais, regionais e especializados em saúde e turismo;

Ressaltando a relevância de gerar informações baseadas em provas científicas para determinar quais são as repercussões da atividade turística na saúde pública e no desenvolvimento sustentável dos países da Região;

Levando em consideração a necessidade de se promover estudos epidemiológicos para calcular a carga de doença relacionada com o turismo e a prevalência em grupos específicos da população, e adotar indicadores essenciais para a vigilância e a definição da qualidade do turismo saudável; e

Reconhecendo o valor de se definir um quadro de medidas conjuntas com organismos que possam impulsionar estas medidas, bem como o quadro para a vigilância e avaliação de um plano de ação,

RESOLVE:

1. Respaldar os conceitos sobre saúde e turismo contidos no documento CD49/15.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) Incluam em seus planos nacionais de saúde o tema saúde e turismo;
 - b) elaborem estudos de avaliação da morbidade atribuída ao turismo e examinem as perspectivas, crenças e necessidades para fundamentar os processos de decisão, quanto à pertinência e quanto à validade das normas e dos procedimentos;
 - c) promovam e mantenham mecanismos firmes de vigilância epidemiológica, podendo incluir a implantação de sistemas hoteleiros nacionais de vigilância sanitária em todos os países da Região;
 - d) fortaleçam, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional, sua capacidade de pesquisa sobre doenças e surtos relacionados com as instalações turísticas e os viajantes;
 - e) fortaleçam os sistemas de saúde para gerar informações baseadas em provas estratégicas vinculadas à saúde, ao turismo e ao desenvolvimento, mediante a avaliação das mudanças atuais, da cobertura, do seguimento e da qualidade dos programas nacionais;
 - f) estabeleçam e fortaleçam os sistemas de informação e as redes para o intercâmbio de informações e boas práticas relacionadas com o tema; e
 - g) promovam os métodos de saúde ambiental e ocupacional no planejamento, projeto, construção e funcionamento de hotéis e outros estabelecimentos relacionados com o turismo.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que mantenha o compromisso da Organização com o tema, atualize sua estratégia de cooperação e formule um plano de ação regional (2010-2020) que abranja as diferentes áreas programáticas;

- b) que crie o Fórum Regional de Saúde e Turismo para a troca de conhecimentos e informações e promova alianças com organizações privadas e comunitárias, com o objetivo de que os países adotem políticas concretas vinculativas à saúde e ao turismo;
- c) que mobilize recursos e atue de forma interprogramática no emprego eficaz e sustentado da estratégia e do plano de ação regionais;
- d) que promova a cooperação técnica entre os países para divulgar o conceito de turismo favorável à saúde;
- e) que promova o estabelecimento e o cumprimento das normas de qualidade sobre saúde e turismo, para melhorar a competitividade turística dos países da Região;
- f) que fortaleça a capacidade de pessoal dos setores público e privado, incluindo os funcionários de saúde ambiental e trabalhadores de hotéis, nas boas práticas de manejo dos problemas vinculados ao turismo e ao meio ambiente (como eliminação de águas residuais e de resíduos sólidos nas instalações turísticas, manipulação dos alimentos etc.); e
- g) que promova a adoção das normas e dos regulamentos nos países interessados em desenvolver o produto turístico de “viagens pela saúde” (restabelecimento e recuperação, cirurgia, produtos de bem-estar, outros procedimentos médicos).

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R15: Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-americana

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo ao Documento CE144/27;

Levando em consideração as ações da 62ª Assembleia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Subdiretores Gerais, Diretores Regionais e Diretor-geral;

Tendo em mente as disposições do Artigo 020 do Regulamento do Pessoal e Artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana;

Reconhecendo a necessidade de uniformidade nas condições de emprego do pessoal contratado da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde, e no interesse de boa gestão de pessoal,

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento de Pessoal, as emendas ao Regulamento do Pessoal que foram feitas pela Diretora, em vigor a partir de 1º. de julho de 2009, referente a: subsídio de educação e educação especial, ajuda de custo em caso de dificuldades financeiras e de mobilidade, licença no país de origem, data de vigência, definição de filhos dependentes, subsídios por novo destino, aumento salarial dentro do mesmo grau por mérito de serviço, licença não remunerada, viagem relacionada com o subsídio de educação especial e conduta e medidas disciplinares.
2. Revisar a remuneração do pessoal nas categorias profissionais e superiores a partir de 1º. de janeiro de 2009.
3. Estabelecer o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, em vigor a partir de 1º. de janeiro de 2009, em US\$ 177.032 antes das contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US\$ 128.071 (taxa com dependentes) ou US\$ 115.973 (taxa sem dependentes).
4. Estabelecer o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, em vigor a partir de 1º. de janeiro de 2009, em US\$ 175.494 antes das contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US\$ 127.071 (taxa com dependentes) ou \$114.973 (taxa sem dependentes).
5. Recomendar ao 49º Conselho Diretor a adoção da seguinte resolução.

**SALÁRIO DO DIRETOR E EMENDAS AO REGULAMENTO DO PESSOAL DA
REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo do documento CD49/27;

Considerando a revisão na escala de salário-base/mínimo para as categorias profissionais e superiores, a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2009 (Resolução CE144.R15);

Levando em conta as ações da 62ª Assembleia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Diretores Regionais; e

Reconhecendo a necessidade de haver uniformidade com respeito às condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde e coerência no Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA,

RESOLVE:

1. Estabelecer, a partir de 1º de janeiro de 2009, o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana em US\$ 194.820 antes de deduzir as contribuições do pessoal, o que equivale a um salário líquido modificado de \$139.633 (com dependentes) ou \$125.663 (sem dependentes).
2. Aprovar a modificação do artigo 11.2 do Estatuto do Pessoal, esclarecendo a jurisdição do Tribunal Administrativo da Organização Internacional do Trabalho em recursos de apelação da RSPA.

(Sexta reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R16: Reforma Contratual na Organização Pan-americana da Saúde

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando as emendas ao Regulamento do Pessoal confirmadas durante a 140ª Sessão do Comitê Executivo (Resolução CE140.R14) relacionadas com a reforma dos mecanismos contratuais da OPAS (para incluir nomeações de prazo fixo, contínuo e temporárias), para os quais a implantação está pendente da aprovação pelo Comitê Executivo;

Reconhecendo a necessidade de reduzir o ônus administrativo associado à gestão dos contratos e

Reconhecendo a necessidade de uniformidade dos tipos de nomeação com Organização Mundial da Saúde e o Sistema Comum das Nações Unidas,

RESOLVE:

1. Autorizar a Diretora a implantar, a partir de 1º de julho de 2009, estas emendas ao Regulamento do Pessoal que foram confirmadas durante a 140ª Sessão do Comitê Executivo (2007) no que se refere às nomeações de pessoal temporário.

2. Autorizar a Diretora a executar, a partir de 1º. de julho de 2010, estas emendas ao Regulamento do Pessoal que foram confirmadas durante a 140ª Sessão do Comitê Executivo (2007) no que se refere às nomeações de pessoal contínuo.

(Sétima reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R17: Mudanças no Regulamento Financeiro e Regras Financeiras

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre as emendas propostas ao Regulamento Financeiro, como figuram no anexo ao Documento CE144/24, Rev.1; e

Levando em consideração que as emendas ao Regulamento Financeiro refletem as boas práticas modernas de gestão financeira e estão de acordo com a adoção plena das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), aprovada pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP27.R18),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

MODIFICAÇÕES DO REGULAMENTO FINANCEIRO

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as recomendações do 144ª Comitê Executivo e as modificações propostas no Regulamento Financeiro, que constam no anexo do Documento CD49/25; e

Levando em consideração que as modificações no Regulamento Financeiro refletem práticas modernas e melhores de gestão financeira e estão de acordo com a adoção plena das IPSAS, aprovadas pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP27.R18),

RESOLVE:

Aprovar as modificações no Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde que constam no anexo do Documento CD49/25 com vigência a partir de 1º de janeiro de 2010.

(Sétima reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R18: Nova Escala de Avaliação para o Período Orçamentário 2010-2011

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Nova Escala de Cotas de Contribuição: Aplicação da última escala aprovada da OEA de cotas aos membros da OPAS para o biênio 2010–2011* (Documento CE144/8),

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração por sua análise preliminar e relatório sobre a aplicação de uma nova escala de contribuições estimadas para os membros da OPAS.
2. Recomendar ao 49º Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

**NOVA ESCALA DE CONTRIBUIÇÃO PARA O PERÍODO
ORÇAMENTÁRIO DE 2010-2011**

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório do Presidente da 144ª Sessão do Comitê Executivo (Documento CD49/2);

Tendo em mente que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de contribuição a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) será baseada na escala de contribuição adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os seus membros;

Observando que a 140ª Sessão do Comitê Executivo na sua Resolução CE140.R5 decidiu que a nova escala de contribuição da OEA seria aplicada pela OPAS aos biênios subsequentes ao biênio 2008-2009; e

Considerando que a 34ª. Sessão Extraordinária da Assembleia Geral da OEA adotou a Resolução AG/RES.1 (XXXIV-E/07) que estabeleceu uma escala revisada de contribuição para seus membros aplicável aos anos de 2009, 2010 e 2011,

RESOLVE:

Aprovar a nova escala de contribuição, segundo indicado na seguinte tabela, a ser aplicada ao Programa e Orçamento para o período orçamentário 2010-2011.

País-membro	Cota de contribuição 2010-2011
Antígua e Barbuda	0,022
Argentina	3,211
Bahamas	0,077
Barbados	0,060
Belize	0,022
Bolívia	0,046
Brasil	7,953
Canadá	13,761
Chile	1,073
Colômbia	0,839
Costa Rica	0,187
Cuba	0,241
Dominica	0,022
Equador	0,206
El Salvador	0,105
Estados Unidos	59,445
França *	0,289
Granada	0,022
Guatemala	0,187
Guiana	0,022
Haiti	0,045
Honduras	0,045
Jamaica	0,123
México	8,141
Países Baixos *	0,090
Nicarágua	0,045
Panamá	0,163
Paraguai	0,124

Peru	0,553
Porto Rico **	0,111
Reino Unido *	0,060
República Dominicana	0,206
Saint Kitts e Névis	0,022
Santa Lúcia	0,022
Saint Vicent e Granadinas	0,022
Suriname	0,045
Trinidad e Tobago	0,152
Uruguai	0,181
Venezuela	2,060
	<u>100,000</u>

* Membro participante

**Membro associado

(Sétima reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R19: Política sobre Pesquisa para Saúde

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Política sobre Pesquisa para Saúde* (Documento CE144/11),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

POLÍTICA DE PESQUISA PARA A SAÚDE

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório *Política de pesquisa para a saúde* (documento CD49/10);

Recordando as resoluções WHA58.34 sobre a Cúpula Ministerial sobre Pesquisa em Saúde e WHA60.15 sobre a função e responsabilidades da OMS nas pesquisas sanitárias; a contribuição regional da OPAS ao Fórum Ministerial Mundial sobre Pesquisa em Saúde, incluindo o relatório sobre o progresso realizado em relação à

resolução WHA58.34 entregue ao 48º Conselho Diretor; e o relatório apresentado pelo Comitê Assessor de Pesquisas em Saúde à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana;

Consciente de que, à medida que nosso mundo em rápida transformação enfrente importantes desafios ambientais, demográficos, sociais e econômicos, a pesquisa será cada vez mais essencial para esclarecer a natureza e alcance dos problemas de saúde; identificar intervenções e estratégias eficazes, seguras e apropriadas; abordar a equidade em matéria de saúde e os fatores determinantes da saúde; e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;

Compreendendo que a melhoria dos resultados de saúde requer pesquisas multidisciplinares e intersetoriais;

Reconhecendo que a pesquisa para a saúde é uma função essencial de saúde pública que deve ser incrementada e fortalecida ainda mais nos Estados Membros;

Afirmando a importância das funções e responsabilidades da OPAS na pesquisa para a saúde, como a principal organização regional de saúde pública;

Reconhecendo a necessidade de fortalecer a capacidade do setor público em matéria de pesquisa de saúde;

Reconhecendo a necessidade de comunicar melhor e integrar os resultados e as atividades de pesquisa da OPAS em toda a Organização e com seus Estados Membros e aliados;

Consciente de que a OPAS e seus Estados Membros devem manter mecanismos funcionais de governança na pesquisa para a saúde, e conscientes de que os sistemas nacionais funcionais de pesquisa sanitária podem obter um maior proveito da pesquisa ao promover a eficiência, ao velar por uma gestão eficaz e ao coordenar a pesquisa para as atividades sanitárias;

Levando em conta a resolução WHA61.21 sobre a Estratégia Mundial e o Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, e a resolução CD48.R15 do 48º Conselho Diretor sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: uma Perspectiva Regional;

Tomando nota das referências à pesquisa para a saúde do relatório da Comissão de Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública (CIPIH), bem como as conclusões e recomendações pertinentes da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde; e

Levando em conta os resultados do Fórum Ministerial Mundial sobre Pesquisa em Saúde (que se reuniu em Bamako de 17 a 19 de novembro de 2008), as contribuições regionais apresentadas ao Conselho Diretor, as conclusões da 1ª Conferência Latino-Americana sobre Pesquisa e Inovação para Saúde, e a Estratégia da OMS sobre Pesquisas em Saúde,

RESOLVE:

1. Ratificar a política da OPAS sobre pesquisa para a saúde (documento CD49/10).
2. Instar os Estados Membros:
 - a) a que reconheçam a importância da pesquisa para a saúde e a equidade em matéria de saúde e adotem e implementem políticas sobre pesquisa para a saúde que se harmonizem com os planos nacionais de saúde, abranjam todos os setores públicos e privados pertinentes, alinhem o apoio externo em torno de prioridades mutuas e fortaleçam as instituições nacionais mais importantes;
 - b) a que considerem a possibilidade de inspirar-se na política da OPAS sobre pesquisa para a saúde conforme suas circunstâncias e contextos nacionais, e como parte de suas políticas gerais sobre a saúde e a pesquisa sanitária;
 - c) a que colaborem com a OPAS para fortalecer e monitorar os sistemas nacionais de pesquisa em saúde mediante melhoria da qualidade e gestão da pesquisa para a saúde, concentração nas necessidades nacionais, estabelecimento de mecanismos eficazes de pesquisa institucional, emprego sistemático de evidências científicas para elaborar as políticas sanitárias, desenvolvimento das habilidades necessárias por meio de maior capacitação dos pesquisadores de saúde, incentivo à participação na pesquisa e harmonização e coordenação do apoio nacional e externo;
 - d) a que estabeleçam, conforme seja necessário e apropriado, mecanismos de governança da pesquisa para a saúde com o fim de obter uma coordenação eficaz e enfoques estratégicos entre os setores pertinentes, garantir a aplicação rigorosa de normas e padrões de pesquisa adequados, incluindo a proteção de seres humanos que participem na pesquisa, e promover um diálogo aberto entre os formuladores de políticas e os pesquisadores em relação às necessidades, capacidades e limitações nacionais referentes à saúde;
 - e) a que continuem colaborando com a OPAS e seus centros especializados para apoiar o ponto de vista segundo o qual os resultados de pesquisas essenciais para

- a saúde e o desenvolvimento devem continuar acessíveis e disponíveis, incluindo, se for o caso, no domínio público;
- f) a que promovam a colaboração intersetorial e a pesquisa de qualidade a fim de gerar os dados de pesquisa necessários para que as políticas adotadas em todos os setores contribuam para a melhoria da saúde e a equidade em matéria de saúde;
 - g) a que iniciem ou fortaleçam a colaboração dentro do país e sub-regional como uma maneira de obter eficiências de escala na pesquisa ao compartilhar experiências, boas práticas e recursos, agregando os mecanismos de capacitação e aquisições e usando métodos comuns e padronizados de avaliação da pesquisa;
 - h) a que continuem buscando financiamento para a pesquisa em saúde e seu monitoramento, conforme enunciado na resolução WHA58.34 e de acordo com a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda; e
 - i) a que estabeleçam comitês de revisão ética e adotem princípios éticos para os testes clínicos com seres humanos, com referência à Declaração de Helsinque e outros textos pertinentes sobre os princípios éticos da pesquisa médica em seres humanos.
3. Convidar os Estados Membros, a comunidade de pesquisa para a saúde, o sistema interamericano, o sistema das Nações Unidas e outras organizações internacionais, os promotores da pesquisa, o setor privado, organizações da sociedade civil e outros interessados diretos pertinentes:
- a) a que prestem apoio à Secretaria da OPAS para que implemente e monitore a Política de Pesquisa para a Saúde e avalie sua eficácia;
 - b) a que colaborem com a OPAS, no âmbito da política, para determinar as prioridades na pesquisa para a saúde, formular diretrizes em relação à pesquisa para a saúde, criar registros e mecanismos de monitoramento e compartilhar informações e dados úteis;
 - c) a que ajudem a OPAS e seus parceiros de pesquisa a mobilizar e monitorar os recursos destinados às prioridades regionais e sub-regionais determinadas para a pesquisa para a saúde;
 - d) a que colaborem com a OPAS para alinhar e coordenar melhor a arquitetura mundial e regional das pesquisas para a saúde e sua governança mediante a racionalização das parcerias existentes, a fim de melhorar a coerência e as repercussões e aumentar a eficiência e a equidade;

- e) a que prestem especial atenção às solicitações de cooperação em matéria de pesquisa apresentadas por Estados Membros com necessidades prementes, notadamente em áreas tais como a transferência de tecnologias, força de trabalho para a pesquisa, desenvolvimento da infraestrutura, os determinantes da saúde, em particular quando contribuam para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a equidade em matéria de saúde e uma melhor saúde para todos; e
- f) a que apóiem, quando for procedente, a cooperação técnica destinada a elevar os padrões da pesquisa para a saúde nos Estados Membros.

4. Solicitar à Diretora:

- a) que assuma a liderança na determinação das prioridades regionais para a pesquisa para a saúde mediante a promoção de esquemas de colaboração para a detecção de necessidades e problemas de pesquisa em conjunto com os Estados Membros;
- b) que execute e incorpore a Política de Pesquisa para a Saúde em todos os níveis da Organização, assim como com os parceiros, e a alinhe com as resoluções pertinentes, como a resolução CD48.R15, *Saúde pública, inovação e propriedade intelectual: uma perspectiva regional*;
- c) que promova as boas normas e a qualidade da pesquisa dentro da Organização, ao assegurar a aplicação dentro da OPAS das normas e padrões mais elevados da boa pesquisa, incluindo os concernentes a aspectos técnicos, éticos e metodológicos, difunda e promova o acesso aos resultados de pesquisas e promova sua tradução em políticas e práticas, e examine e harmonize a organização e a governança das atividades de pesquisa e parcerias da OPAS;
- d) que siga facilitando a capacitação do pessoal da OPAS nas habilidades necessárias para usar de maneira apropriada e eficaz a pesquisa em cada atividade pertinente da OPAS;
- e) que proporcione recursos básicos adequados nos projetos de orçamento por programas para a execução da Política de Pesquisa para a Saúde;
- f) que preste apoio aos Estados Membros, a pedido e desde que os recursos o permitam, para fortalecer os sistemas nacionais de pesquisa sanitária e estabelecer uma colaboração intersetorial eficaz;
- g) que colabore construtivamente com outras organizações internacionais, redes e interessados diretos, incluindo os centros de excelência e os centros colaboradores da OMS, para promover a eficiência e obter maior impacto com esta política;

- h) que apóie a promoção e a execução eficaz da Estratégia da OMS sobre Pesquisa para a Saúde, com a provisão periódica de informação aos Estados Membros, o envolvimento ativo de todos os grupos relevantes na OPAS e a elaboração de estratégias e planos de ação para a Política de Pesquisa para a Saúde com a participação dos Estados Membros e em consulta com outros atores, incluindo a sociedade civil; e
- i) que promova a transparência, com a colaboração dos Estados Membros, e, quando apropriado, a divulgação de informação útil para o desenvolvimento e para os resultados da pesquisa.

(Sétima reunião, 25 de junho de 2009)

CE144.R20: Análise Institucional e Reorganização Interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá

Transferência da administração do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá ao seu Conselho Diretor

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora da RSPA *Análise Institucional e Reorganização Interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá* (Documento CE144/19),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

ANÁLISE INSTITUCIONAL E REORGANIZAÇÃO INTERNA DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA AMÉRICA CENTRAL E PANAMÁ

Transferência da administração do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá ao seu Conselho Diretor

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que, no Artigo VII do Acordo Básico para o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), os Estados Membros do INCAP delegaram ao seu Conselho Diretor a autoridade de solicitar a cada cinco anos que a OPAS assumira responsabilidade pela administração do Instituto;

Reconhecendo que o Artigo LI do Acordo Básico para o INCAP estabelece que as operações do INCAP devem ser avaliadas pelo menos a cada cinco anos como base para propor possíveis emendas adaptadas às realidades de desenvolvimento dos Estados Membros;

Assinalando que o Acordo Básico para o INCAP entrou em vigor no dia 22 de janeiro de 2003, o que significa que transcorreu o prazo estipulado nos Artigos VII e LI mencionados anteriormente;

Observando que um processo participativo para avaliar as operações do Instituto foi realizado no cumprimento do mandato no Artigo LI do Acordo Básico para o INCAP e as resoluções do Conselho Diretor da OPAS com respeito à avaliação periódica e análise dos Centros Pan-Americanos;

Reconhecendo que o processo de avaliação mencionado anteriormente resultou em uma nova Estrutura Estratégica Institucional para o Instituto, que estabelece que o INCAP é uma instituição madura que desempenha uma função fundamental ao apoiar o setor da saúde do subsistema social do Sistema de Integração Centro-Americana ;

Levando em consideração que a execução da Estrutura Estratégica Institucional requer que o INCAP adquira autonomia funcional plena compatível com seu grau de maturidade institucional e sua condição de um membro efetivo e a mais antiga instituição do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA);

Observando que, na Resolução II, a LIX Reunião do Conselho Diretor do INCAP decidiu assumir a administração do INCAP com autonomia funcional plena, incluindo a nomeação do seu diretor, a partir de setembro de 2009, e adotou os ajustes necessários ao Acordo Básico para o Instituto a fim de permitir sua reorganização interna com a autoridade de seu Conselho Diretor; e

Reconhecendo que o Conselho Diretor do INCAP tem a autoridade de aprovar os ajustes ao Acordo Básico para o INCAP decorrentes do exercício da autoridade delegada a ele pelos membros do INCAP no Artigo VII do Acordo Básico,

RESOLVE:

1. Tomar nota da decisão do Conselho Diretor do INCAP de assumir a administração do INCAP com autonomia funcional plena.
2. Observar que a Organização Pan-Americana da Saúde continuará a fazer parte do INCAP como um membro efetivo, mas que não mais será responsável pela administração

do Instituto segundo os termos dos Artigos VII, XXXIV, XXXV e XXXVI do Acordo Básico para o INCAP.

3. Adotar o Ajuste ao Acordo Básico para a Reorganização Interna do INCAP como adotado mediante a Resolução II do LIX Conselho Diretor do INCAP (anexo), que se torna uma parte integrante desta resolução e que elimina os artigos VII, XXXIV, XXXV e XXXVI e modifica os Artigos XV, XIX, XX e XXXIX do Acordo Básico para o INCAP.

4. Solicitar à Diretora da RSPA:

- a) que institua as medidas administrativas e legais necessárias para assegurar a transferência ordenada e transparente da administração do INCAP ao Conselho Diretor do Instituto, de acordo com o Ajuste ao Acordo Básico para o INCAP aprovado pelo Conselho Diretor do INCAP e por este Conselho; e
- b) que assegure que a Organização continue participando do INCAP como um membro efetivo.

Anexo

(Sétima reunião, 25 de junho de 2009)

RESOLUÇÃO II*
AJUSTE AO ACORDO BÁSICO PARA A REORGANIZAÇÃO
INTERNA DO INCAP**

O CONSELHO DIRETOR

Considerando que o Artigo LI do Acordo Básico para o Instituto estabelece que o Acordo deve ser examinado a cada cinco anos como base para propor emendas para adaptá-lo à situação de desenvolvimento dos Estados Membros, e o Artigo VII estabelece que a OPAS/OMS é responsável pela administração do Instituto a pedido deste Conselho, uma disposição que será renovada a cada cinco anos e precisa ser aceite todas as vezes pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Considerando que o Acordo Básico para o Instituto entrou em vigor no dia 22 de janeiro de 2003, o que significa que terminou o período estipulado nos Artigos VII e LI mencionados anteriormente. Neste contexto, uma avaliação participativa das operações de Institutos foi realizada, resultando em uma proposta de uma nova Estrutura Estratégica Institucional (EEI).

Considerando que na sua LVIII reunião em San Salvador em 10 de setembro de 2007, este Conselho adotou a EEI através da Resolução V e instruiu o Diretor do INCAP para que começasse a análise e o Ajuste do Acordo Básico para o Instituto para alinhá-lo com a sua nova Estrutura Estratégica.

Considerando que a EEI reconhece que o INCAP é hoje uma instituição madura que está desempenhando uma função-chave na construção da nova América Central como uma região que busca o desenvolvimento em paz, justiça, liberdade e democracia e está exercendo com grande responsabilidade suas respectivas funções a fim de apoiar o setor da saúde do subsistema social do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA).

Considerando que a execução da Estrutura Estratégica Institucional exige que o INCAP atinja autonomia plena compatível com o seu nível da maturidade institucional e condição de membro efetivo e mais antiga instituição do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA).

* Resolução II do LIX Conselho Diretor do INCAP, 27 de janeiro de 2009, Tegucigalpa, Honduras.

** Este documento é uma tradução de uma cópia autêntica da resolução adotada.

Considerando que este Conselho, em uma Reunião Especial realizada no Panamá no dia 21 de fevereiro de 2008, instruiu para que uma proposta fosse redigida para modificar o Acordo Básico a fim de que refletisse a reorganização interna do Instituto e os mecanismos que lhe permitirão assumir maior autonomia programática, financeira e administrativa, de acordo com a EEI.

Considerando que este Conselho, em uma Reunião Especial realizada em San Salvador no dia 23 de junho de 2008, observou que o INCAP é uma instituição madura que tem um papel-chave como uma Instituição Especializada em Nutrição na América Central e que em um futuro próximo pode desobrigar-se da administração da OPAS/OMS e administrar-se por conta própria com autonomia funcional, orientada por seu Conselho Diretor, aconselhando que seja assegurada a transição ordenada e transparente da sua administração.

Considerando o descrito acima e em conformidade com os Artigos 12 e 17 do Tratado de Integração Social e o Artigo VII do Acordo Básico para o INCAP,

RESOLVE:

- I. Declarar que o Conselho Diretor assumirá responsabilidade pela administração do INCAP com autonomia funcional plena, incluindo a nomeação do seu diretor, em setembro de 2009.
- II. Reconhecer que a Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) continuará parte do INCAP como membro regular, mas cessará de administrar o Instituto segundo os termos dos Artigos VII, XXXIV, XXXV, e XXXVI do Acordo Básico.
- III. Modificar o Acordo Básico para o INCAP a fim de permitir uma reorganização do Instituto, colocando-o sob a administração e a autoridade deste Conselho. Para tal, a partir da data em que este Conselho assume a responsabilidade pela administração do Instituto, como estabelecido na Seção I desta Resolução, os seguintes Artigos do Acordo Básico para o INCAP serão emendados do seguinte modo:

Artigo XV: Conforme as principais funções do Conselho Diretor do INCAP, acrescentar um novo item número 2 como segue: “Eleger o Diretor do INCAP, de acordo com os procedimentos aprovados por este Conselho.” Reordenar os outros números.

Artigo XIX: O INCAP será administrado por um Diretor nomeado pelo Conselho Diretor, que será eleito conforme os procedimentos aprovados por este Conselho. O Diretor do INCAP assumirá responsabilidade pela administração do Instituto em conformidade com o presente Acordo Básico e as responsabilidades e funções estipuladas pelo Conselho Diretor do INCAP.

Artigo XX: Modificar o primeiro parágrafo como segue: “O Diretor do INCAP será responsável pela implementação de atividades do Instituto de acordo com as regras, regulamentações e orientações programáticas e administrativas adotadas pelo seu Conselho Diretor e segundo estipulado no presente Acordo Básico.” Modificar o item número 8 deste Artigo como segue: “Desempenhar as funções delegadas a ele pelo Conselho Diretor e, em geral, empreender e executar quaisquer ações que considerar necessário, em conformidade com o presente Acordo Básico.”

Artigo XXXIX: Substituir com o seguinte texto: “A OPAS/OMS contribuirá com os recursos para o orçamento do INCAP para financiar as atividades do Instituto incluídas na Estratégia e Plano de Ação Regional para Nutrição em Saúde e Desenvolvimento para as Américas, os planos de trabalho da OPAS/OMS e outros acordados sobre pelas duas instituições. As contribuições financeiras da OPAS/OMS ao INCAP serão formalizadas através de (i) assinatura de instrumentos legais gerais periódicos e/ou (ii) instrumentos específicos para as atividades individuais ou projetos.”

- IV. Declarar não aplicáveis os Artigos VII, XXXIV, XXXV, XXXVI do Acordo Básico devido a sua incongruência.

CE144.R21: Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de Programa e Orçamento 2010–2011 da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (*Documento Oficial 333*);

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (*Documento CE144/4*);

Observando os significativos aumentos de custo obrigatório nos postos de prazo fixo para 2010–2011, apesar dos esforços contínuos e cautelosos da Repartição de reduzir o número de postos de prazo fixo;

Tendo examinado o Apêndice ao Programa e Orçamento da OPAS, *Justificação do Aumento Proposto nas Contribuições Estimadas*, no qual a Repartição apresenta em linhas gerais a justificação para o aumento das contribuições estimadas, o impacto programático negativo esperado na cooperação técnica da OPAS, os esforços para melhorar a eficiência e produtividade, assim como melhorar o desempenho, a

monitoração e o processo de avaliação de modo a avaliar a execução programática e financeira dos resultados esperados;

Observando os esforços da Diretora de propor um programa e orçamento que levem em consideração tanto as questões econômicas dos Estados Membros como os mandatos de saúde pública da Organização;

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da OPAS e o Artigo III, parágrafos 3.5 e 3.6, do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração por sua análise preliminar e relatório sobre o projeto de programa e orçamento.
2. Expressar agradecimento à Diretora pela atenção dada à elaboração do programa e orçamento, priorização programática e economia de custos através da implantação de instrumentos para medir a eficiência e a produtividade, assim como o desempenho programático institucional.
3. Solicitar que a Diretora incorpore as observações feitas pelos Membros do Comitê Executivo no *Documento Oficial 333* revisado que será considerado pelo 49º Conselho Diretor.
4. Recomendar ao 49º Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

PROJETO DE ORÇAMENTO E PROGRAMA DA OPAS 2010–2011

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o projeto de Orçamento e Programa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para 2010-2011 (*Documento Oficial 333*);

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (*Documento CD49/2*);

Considerando os significativos aumentos obrigatórios do custo dos postos com termo fixo para 2010-2011, apesar dos contínuos e cautelosos esforços da Repartição Sanitária Pan-americana (RSPA) para reduzir o número de postos com termo fixo;

Considerando os esforços da Diretora para propor um orçamento e programa que leve em consideração tanto as preocupações econômicas de Estados Membros como os mandatos de saúde pública da Organização; e

Tendo em mente Artigo 14.C da Constituição da OPAS e o Artigo III, parágrafos 3.5 e 3.6, do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a RSPA esboçado no projeto de Orçamento e Programa da OPAS 2010-2011 (*Documento Oficial 333*).
2. Apropriar para o exercício financeiro 2010-2011 a importância de US\$ 339.852.335, que representa um aumento de 3,5% nas cotas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS, com relação ao biênio 2008-2009, assim distribuída:

SEÇÃO	TÍTULO	QUANTIA
1	Reduzir o ônus sanitário social e econômico das doenças transmissíveis	23.302.000
2	Combater a infecção por HIV/AIDS, tuberculose e malária	6.324.000
3	Prevenir e reduzir as doenças, a incapacidade e a morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões	11.426.000
4	Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde durante etapas-chave de vida, inclusive gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todos os indivíduos	11.694.000
5	Reduzir as consequências para saúde de emergências, catástrofes, crises e conflitos, e minimizar seu impacto socioeconômico	3.893.000
6	Promover a saúde e o desenvolvimento, bem como prevenir ou reduzir fatores de risco tais como o uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo desprotegido, que afetam o estado de saúde	7.611.000
7	Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais da saúde, mediante políticas e programas que melhorem a equidade na saúde e integrem enfoques em favor dos pobres, sensíveis ao gênero e baseados nos direitos humanos	8.068.000
8	Promover um ambiente mais sadio, intensificar prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os setores, a fim de abordar as causas fundamentais de ameaças ambientais à saúde	13.399.000

SEÇÃO	TÍTULO	QUANTIA
9	Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de toda a vida e apoiar a saúde pública e o desenvolvimento sustentável	12.009.000
10	Melhorar a organização, a gestão e a prestação de serviços de saúde	8.111.000
11	Fortalecer a liderança, a governança e os fundamentos probatórios dos sistemas de saúde	32.026.000
12	Garantir melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicas	7.565.000
13	Assegurar uma força de trabalho em saúde disponível, competente, receptiva e produtiva, a fim de melhorar os resultados de saúde	9.305.000
14	Estender a proteção social mediante financiamento justo, adequado e sustentável	5.207.000
15	Exercer liderança, fortalecer a governança e fomentar a parceria e a colaboração com os Estados Membros, o sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos, a fim de cumprir o mandato da OPAS/OMS na promoção da agenda global de saúde, estabelecida no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS, bem como na Agenda de Saúde para as Américas	65.885.000
16	Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível, de aprendizagem, permitindo-lhe realizar seu mandato de maneira mais eficiente e efetiva	61.275.000
	Orçamento de trabalho vigente para 2010-2011 (Partes 1-16)	287.100.000
17	Contribuições do pessoal (Transferência ao Fundo de Equalização Tributária)	52.752.335
	Total—todas as seções	339.852.335

3. Que a apropriação será financiada a partir de:

a) Cotas pertinentes a:

Governos Membros, Estados Participantes e Membros Associados determinadas segundo a escala adotada239.152.335

b) Receitas várias20.000.000

c) Proporção destinada ao AMRO aprovada na 62^a Assembleia Mundial da Saúde80.700.000

TOTAL339.852.335

4. No estabelecimento das cotas de contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, as contribuições serão reduzidas ainda em função dos montantes a eles creditados no Fundo de Equalização Tributária, salvo pelo fato de que os créditos dos estados que impõem tributos sobre salários recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos de acordo com os montantes de tais reembolsos tributários pela Repartição.

5. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, quantias não superiores às apropriações indicadas no parágrafo 2 estarão disponíveis para o pagamento de obrigações contraídas durante o período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011, inclusive; não obstante o disposto neste parágrafo, as obrigações contraídas durante o período 2010-2011 serão limitadas ao orçamento de trabalho em vigor, ou seja, as partes 1-16 da tabela de apropriações do parágrafo 2.

6. Que a Diretora da RSPA estará autorizada a efetuar transferências entre as partes correspondentes a apropriações no orçamento de trabalho vigente, até um montante não superior a 10% da quantia apropriada para a parte da qual é feita a transferência; transferências entre partes do orçamento, em montante superior a 10% da parte da qual o crédito é transferido, podem ser feitas com a concordância do Comitê Executivo, devendo todas as transferências de créditos do orçamento ser comunicadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

7. Que até 5% do orçamento imputado ao nível do país serão postos em reserva a título de “Alocação Variável de País”, segundo o estipulado na Política do Orçamento-Programa Regional. As despesas por conta da alocação variável de país serão autorizadas pela Diretora de acordo com os critérios aprovados pela 2ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, apresentados à 142ª Sessão do Comitê Executivo no Documento CE142/8. Os gastos efetuados por conta da alocação variável de país serão refletidos nas apropriações correspondentes das partes 1-16 por ocasião da notificação.

8. Estimar em US\$ 355.851.000 o montante das despesas no orçamento e programa para 2010-2011 a serem financiadas por outras fontes, conforme é indicado no *Documento Oficial 333*.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2009)

CE144.R22: Prêmio OPAS em Administração 2009

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração 2009 (Documento CE144/5, Ad. I); e

Tendo em mente as disposições dos procedimentos e diretrizes para conceder o Prêmio OPAS em Administração, como aprovado pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e emendado pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994), 124ª Sessão do Comitê Executivo (1999), 135ª Sessão do Comitê Executivo (2004) e 140ª Sessão do Comitê Executivo (2007),

RESOLVE:

1. Observar a decisão do Júri de conceder o Prêmio OPAS em Administração 2009 à Dra. Merceline Dahl-Regis, das Bahamas, por sua contribuição à gestão da assistência de saúde e pesquisa e à educação médica na atenção primária à saúde, assim como por sua liderança ao institucionalizar a vigilância de saúde pública nas Bahamas e ao avaliar e redefinir os parâmetros para a Cooperação do Caribe em Saúde.
2. Transmitir o relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração 2009 (Documento CE144/5, Ad. I), ao 49º Conselho Diretor.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2009)

CE144.R23 Contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-americana da Saúde para 2010-2011

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que, na Resolução CE144.R18, o Comitê Executivo recomendou que o 49º Conselho Diretor adotasse uma nova escala de contribuições para os membros da OPAS para o biênio 2010-2011; e

Considerando que, na Resolução CE144.R21, o Comitê Executivo recomendou que o 49º Conselho Diretor aprovasse o Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011 (Documento Oficial 333),

RESOLVE:

Recomendar que o 49º Conselho Diretor adote uma resolução conforme os seguintes termos:

CONTRIBUIÇÕES ESTIMADAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2010-2011

O 49º. CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na Resolução CD49.R__ o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS 2010–2011 (*Documento Oficial 333*) e

Tendo em mente que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala das contribuições estimadas a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de contribuições adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os seus membros, e que na Resolução CD49.R__ o Conselho Diretor adotou a nova escala de contribuições para os membros da OPAS para o biênio 2010–2011,

RESOLVE:

Estabelecer as contribuições estimadas dos Estados Membros, estados Participantes e membros associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro 2010–2011 de acordo com a escala de contribuições mostrada abaixo e em quantias correspondentes, que representam um aumento de 3,5% em relação ao biênio 2008–2009.

(1) Membros	(2) Escala ajustada aos Membros da OPAS		(3) Quota Bruta		(4) Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		(5) Ajuste para taxas cobradas pelos Estados Membros sobre a remuneração dos funcionários da RSPA		(6) Quota Líquida	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Governos Membros:										
Antigua and Barbuda	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Argentina	3,211	3,211	3.839.591	3.839.591	846.939	846.939			2.992.652	2.992.652
Bahamas	0,077	0,077	92.074	92.074	20.310	20.310			71.764	71.764
Barbados	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Belize	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Bolívia	0,046	0,046	55.005	55.005	12.133	12.133			42.872	42.872
Brasil	7,953	7,953	9.509.893	9.509.893	2.097.697	2.097.697			7.412.196	7.412.196
Canadá	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chile	1,073	1,073	1.283.052	1.283.052	283.016	283.016			1.000.036	1.000.036
Colômbia	0,839	0,839	1.003.244	1.003.244	221.296	221.296			781.948	781.948
Costa Rica	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Cuba	0,241	0,241	288.179	288.179	63.567	63.567			224.612	224.612
Dominica	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
República Dominicana	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
Equador	0,206	0,206	246.327	246.327	54.335	54.335			191.992	191.992
El Salvador	0,105	0,105	125.555	125.555	27.695	27.695			97.860	97.860
Granada	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,187	0,187	223.607	223.607	49.323	49.323			174.284	174.284
Guiana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haiti	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Honduras	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Jamaica	0,123	0,123	147.079	147.079	32.443	32.443			114.636	114.636
México	8,141	8,141	9.734.696	9.734.696	2.147.284	2.147.284			7.587.412	7.587.412
Nicarágua	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Panamá	0,163	0,163	194.909	194.909	42.993	42.993			151.916	151.916

(1) Membros	(2) Escala ajustada aos Membros da OPAS		(3) Quota Bruta		(4) Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		(5) Ajuste para impostos cobrados pelos Estados Membros sobre os salários dos funcionários da RSPA		(6) Quota Líquida	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Paraguai	0,124	0,124	148.274	148.274	32.706	32.706			115.568	115.568
Peru	0,553	0,553	661.256	661.256	145.860	145.860			515.396	515.396
São Cristovão e Névis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Santa Lúcia	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,045	0,045	53.809	53.809	11.869	11.869			41.940	41.940
Trinidad e Tobago	0,152	0,152	181.756	181.756	40.092	40.092			141.664	141.664
Estados Unidos da América	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguai	0,181	0,181	216.433	216.433	47.741	47.741			168.692	168.692
Venezuela	<u>2,060</u>	<u>2,060</u>	<u>2.463.269</u>	<u>2.463.269</u>	<u>543.349</u>	<u>543.349</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1.919.920</u>	<u>1.919.920</u>
Subtotal	<u>99,450</u>	<u>99,450</u>	<u>118.918.500</u>	<u>118.918.500</u>	<u>26.231.100</u>	<u>26.231.100</u>	<u>5.125.000</u>	<u>5.125.000</u>	<u>97.812.400</u>	<u>97.812.400</u>
Governos Participantes:										
	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Países Baixos	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Reino Unido	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Subtotal	<u>0,439</u>	<u>0,439</u>	<u>524.940</u>	<u>524.940</u>	<u>115.792</u>	<u>115.792</u>			<u>409.148</u>	<u>409.148</u>
Membros Associados:										
Porto Rico	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
Subtotal	<u>0,111</u>	<u>0,111</u>	<u>132.730</u>	<u>132.730</u>	<u>29.278</u>	<u>29.278</u>			<u>103.452</u>	<u>103.452</u>
TOTAL	100,000	100,000	119.576.170	119.576.170	26.376.170	26.376.170	5.125.000	5.125.000	98.325.000	98.325.000
(5) Esta coluna inclui valores estimados a serem recebidos pelos respectivos Governos Membros em 2010-2011 a respeito dos impostos cobrados sobre os salários de funcionários da RSPA, ajustado pela diferença entre o valor calculado e o valor real de anos anteriores.										

(Oitava reunião, 26 de junho de 2009)

CE144.R24: Reforma Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta apresentada pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Diretora”) para o estabelecimento de uma nova estrutura institucional para governança, administração e financiamento do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) segundo descrito no documento *Análise Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)* (Documento CE144/18, Rev. 1),

RESOLVE:

1. Recomendar ao Conselho Diretor a:
 - a) aprovar a nova estrutura institucional para governança, administração e financiamento da BIREME, inclusive o Estatuto proposto da BIREME como contido no documento *Reforma Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)* (Documento CE144/18, Rev. 1);
 - b) realizar eleições no seu 49º Conselho Diretor para selecionar os cinco membros não permanentes do Comitê Assessor da BIREME em conformidade com o Estatuto proposto da BIREME.
2. Solicitar que a Diretora convide a candidatura entre os Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados para a eleição para o Comitê Assessor recém-estabelecido da BIREME na 49ª Sessão do Conselho Diretor.
3. Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução conforme os seguintes termos:

ESTABELECIMENTO DE UMA NOVA ESTRUTURA INSTITUCIONAL PARA O CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME)

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a proposta apresentada pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Diretora”) para estabelecer uma nova estrutura institucional para a

governança, gestão e financiamento do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) conforme descrito no documento *Reforma Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)* (Documento CD49/17);

Reconhecendo que a cooperação técnica prestada pela BIREME aos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados durante os últimos 42 anos no campo da informação e comunicação científica em saúde tem evoluído com a Biblioteca Virtual em Saúde e redes relacionadas, tornando-se um “bem público” regional crítico e essencial em conhecimento científico orientado ao desenvolvimento da pesquisa, educação e atenção à saúde;

Considerando que a BIREME desempenha uma função importante na cooperação internacional Sul-Sul com outras regiões em desenvolvimento do mundo através do compartilhamento de experiências e conhecimento em metodologias, tecnologias, produtos, serviços e formação de redes de informação científica em saúde;

Reconhecendo que a atual estrutura institucional da BIREME não foi substancialmente modificada em seus 42 anos de existência, e não atende adequadamente às necessidades atuais e futuras de governança, gestão e financiamento da BIREME;

Reconhecendo a importância histórica da contribuição do Governo do Brasil ao estabelecimento e manutenção contínua da BIREME naquele país, em particular as contribuições específicas efetuadas pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo;

Levando em conta a importância de capacitar a BIREME a melhor realizar suas funções estratégicas por meio de uma estrutura institucional contemporânea para apoiar sua governança, gestão e financiamento; e

Considerando a necessidade de fortalecer a sustentabilidade financeira da BIREME através do estabelecimento de uma estrutura de financiamento adequada, capaz de equilibrar fontes de receita ordinárias e extraordinárias,

RESOLVE:

1. Aprovar o Estatuto da BIREME aqui anexado como parte integrante dessa Resolução (Anexo), com vigência a partir de 1º de janeiro de 2010.
2. Reafirmar a importância da cooperação entre o Governo do Brasil e a OPAS para a manutenção da BIREME, e instar o Governo do Brasil a continuar apoiando a BIREME e aumentar essa cooperação.

3. Solicitar à Diretora:
- a) que efetue negociações com o Governo do Brasil para estabelecer um novo Acordo de Sede para a BIREME que defina as responsabilidades do Governo em relação à manutenção da BIREME, bem como seus privilégios e imunidades naquele país;
 - b) que efetue negociações com o Governo do Brasil, através dos Ministérios apropriados e da Universidade Federal de São Paulo, para estabelecer um novo Acordo de Instalações para a continuidade da operação da BIREME no campus da Universidade, incluindo as questões relacionadas a instalações físicas do BIREME, pessoal, coleção de publicações técnicas e demais apoios ao Centro; e
 - c) que oriente o Secretariado da BIREME no sentido de tomar as medidas necessárias para programar as reuniões inaugurais dos recém estabelecidos Comitê Assessor e Comitê Científico da BIREME no primeiro semestre de 2010.

Anexo: Estatuto do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

(Oitava reunião, 25 de junho de 2009)

ESTATUTO PROPOSTO DA BIREME

Artigo I Condição legal

O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original de Biblioteca Regional de Medicina ("BIREME"), é um Centro Especializado da Organização Pan-Americana da Saúde ("OPAS"), Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde ("OMS"), estabelecido em conformidade com as resoluções do Conselho Diretor da OPAS e operando continuamente no Brasil, com sede na cidade de São Paulo, desde sua criação, efetuada através de um acordo assinado entre a OPAS e o Governo da República Federativa do Brasil.

Artigo II Objetivo

O objetivo da BIREME é contribuir para o desenvolvimento da saúde das populações da Região das Américas, promovendo a cooperação entre países, a democratização do acesso à informação científica e técnica, legislação e o intercâmbio de conhecimento e evidências em prol da contínua melhoria dos sistemas de saúde, educação e de pesquisa.

Artigo III Funções

Para atingir o seu objetivo, a BIREME terá as seguintes funções de cooperação técnica, compreendidas no Plano Estratégico Regional da OPAS:

1. Apoiar e fortalecer os sistemas de informação em ciências da saúde nos Estados Membros da OPAS.
2. Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento de ações e políticas públicas em saúde, capacidades e infraestruturas nacionais e regionais para a aquisição, organização, acesso, publicação e uso de informação, conhecimento e evidência científica nos processos e decisões em saúde.
3. Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento de redes de instituições e indivíduos produtores, intermediários e usuários de informação científica, legal, técnica e factual em saúde, por meio da gestão e operação cooperativa de produtos, serviços e eventos de informação no espaço comum da Biblioteca Virtual em Saúde, em

cooperação com as redes complementares nacionais, regionais e internacionais.

4. Contribuir para o desenvolvimento global de informação e comunicação científica em saúde por meio de alianças, programas, redes e projetos entre instituições internacionais, regionais e nacionais, com foco no aumento da visibilidade, acessibilidade, qualidade, uso e impacto da produção científica e técnica dos países e regiões em desenvolvimento.
5. Contribuir para o desenvolvimento das terminologias científicas e técnicas em saúde nos idiomas espanhol, francês, inglês e português.
6. Contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de educação à distância na Região das Américas, por meio da criação de infraestruturas e capacidades para o acesso e disseminação de informação como parte integral do Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.
7. Apoiar e promover a colaboração entre governos, profissionais, trabalhadores da saúde, usuários, instituições científicas e organismos internacionais afins, e a sociedade, de forma a criar e fortalecer sistemas nacionais de informação em saúde que promovam o ensino e a pesquisa continuada por meio da inovação e da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Artigo IV Quadro de membros

São Membros da BIREME aqueles abaixo definidos, nas seguintes categorias: Estados Membros, Estados Participantes e Organizações Participantes.

1. Estados Membros da BIREME: Todos os Estados Membros da OPAS.*
2. Estados Participantes da BIREME: Qualquer Estado Membro da OMS poderá ser admitido como um "Estado Participante da BIREME", sendo necessário:
 - a. que o Estado Membro da OMS comunique ao Diretor** da OPAS a intenção de participar da cooperação científica e técnica e de

* Inclui os Estados Membros, os Estados Participantes, e Membros Associados da OPAS.

** Nesse documento a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana será mencionada como Diretora da Organização Pan-Americana de Saúde.

- contribuir financeiramente para a BIREME por meio de contribuições anuais estabelecidas pelo Comitê Assessor da BIREME e descrito no artigo IX do presente documento, e manifeste o reconhecimento do presente Estatuto e o comprometimento em atuar com base nas suas respectivas normativas, e
- b. que o Comitê Assessor aprove a proposta de incorporação como Estado Participante da BIREME, por uma maioria de dois terços de seus Membros.
3. Organizações Participantes da BIREME: qualquer organização internacional pública e com qualificação específica relacionada à informação e comunicação científica e técnica poderá ser admitida como “Organização Participante da BIREME”, sendo necessário:
 - a. que a organização internacional comunique ao Diretor da OPAS a intenção de participar da cooperação científica e técnica e de contribuir financeiramente para a BIREME, com a contribuição anual estabelecida pelo Comitê Assessor da BIREME e descrito no artigo IX do presente documento, e manifeste o reconhecimento do presente Estatuto e o comprometimento em atuar com base nas suas respectivas normativas; e
 - b. que o Comitê Assessor aprove a proposta de incorporação como Organização Participante da BIREME, por uma maioria de dois terços de seus Membros.
 4. Um Estado Participante ou Organização Participante pode sair do Quadro de Membros da BIREME mediante comunicação ao Diretor da OPAS e ao Comitê Assessor. A saída será efetivada 6 (seis) meses após recebimento da notificação pelo Diretor da OPAS.

Artigo V Estrutura

A BIREME será composta pelos seguintes órgãos:

- (1) Comitê Assessor
- (2) Comitê Científico
- (3) Secretariado

Artigo VI O Comitê Assessor

O Comitê Assessor é órgão permanente da BIREME e desempenha funções de assessoria ao Diretor da OPAS.

1. O Comitê Assessor da BIREME será constituído por Membros designados com a seguinte composição:
 - a. dois (2) membros permanentes: um (1) nomeado pelo Representante do Governo do Brasil e um (1) pela Diretora da OPAS;
 - b. cinco (5) membros não permanentes, selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor da OPAS dentre do Quadro de Membros da BIREME, descritos no artigo IV, levando em consideração a representação geográfica.
2. Os Membros não-Permanentes do Comitê Assessor da BIREME deverão ser alternados a cada 3 (três) anos. No entanto, o Conselho Diretor da OPAS poderá designar um período de alternância menor, caso entenda necessário para a manutenção do equilíbrio entre os Membros do Comitê Assessor.
3. O número de Membros não-Permanentes do Comitê Assessor poderá ser ajustado pelo Conselho Diretor da OPAS à medida que novos Membros forem admitidos no Quadro da BIREME.
4. O Comitê Assessor da BIREME deverá:
 - a. fazer recomendações ao Diretor da OPAS sobre as funções programáticas da BIREME, com base no Plano Estratégico Regional da OPAS e no Plano de Trabalho de Cooperação Técnica e nas recomendações dos Membros do Comitê Científico da BIREME;
 - b. revisar a proposta de Plano de Trabalho Bienal da BIREME, e fazer recomendações ao Diretor da OPAS com o objetivo de fortalecer e desenvolver as capacidades e infraestruturas nacionais e regionais de informação científica e técnica;
 - c. revisar a proposta de Orçamento Bienal da BIREME, e fazer recomendações ao Diretor da OPAS, com o objetivo de fortalecer a estrutura de financiamento;

- d. propor as contribuições financeiras anuais dos Estados Participantes e Organizações Participantes;
- e. avaliar a cooperação internacional da BIREME com outras regiões e fazer recomendações ao Diretor da OPAS para o seu aperfeiçoamento;
- f. recomendar ao Diretor da OPAS, mediante exposição de motivos, que seja ajustado o número de Membros não-Permanentes do Comitê Assessor, com o objetivo de manter o equilíbrio na representação geográfica;
- g. nomear os Membros do Comitê Científico da BIREME.
- h. recomendar ao Conselho Diretor da OPAS, quando necessário, as emendas a este Estatuto;
- i. recomendar ao Diretor da OPAS o estabelecimento de comitês e grupos de trabalho técnicos para apoiar a BIREME no desempenho de suas funções programáticas, na execução do plano de trabalho e no tratamento de prioridades do setor saúde;
- j. adotar um regimento interno de funcionamento a ser aprovado por todos os seus membros em sessão ordinária;
- k. realizar uma sessão ordinária anual. Os Membros Permanentes do Comitê Assessor poderão solicitar ao Diretor da OPAS a realização de sessões extraordinárias.

Artigo VII O Comitê Científico

O Comitê Científico é um órgão permanente da BIREME, e desempenha funções de assessoria ao Diretor da OPAS e ao Comitê Assessor.

1. O Comitê Científico será composto de pelo menos cinco especialistas internacionais, designados por causa de sua reconhecida perícia em pesquisa científica, gerenciamento de informação e conhecimento em saúde, comunicação científica e técnica em saúde e seu conhecimento nas áreas de pesquisa, ética, desenvolvimento, operações e financiamento. Os membros do Comitê Científico serão nomeados como especialistas, e farão rodízio a cada três (3) anos.

2. Os membros do Comitê Científico serão nomeados pelo Comitê Assessor da BIREME, levando em consideração a diversidade temática e qualificação necessárias para o Comitê Científico desempenhar as suas funções. Os Estados Membros da BIREME podem cada um designar até dois especialistas, e o Diretor da OPAS pode designar especialistas adicionais, a serem incluídos na lista de especialistas internacionais a partir das quais essas nomeações serão efetuadas, levando em conta também a diversidade temática e qualificação necessária para o Comitê Científico desempenhar suas funções.
3. O Comitê Científico deverá:
 - a. fazer recomendações ao Comitê Assessor sobre as funções programáticas da BIREME de acordo com o estado da arte internacional em informação e comunicação científica, compreendendo: políticas e critérios de qualidade para seleção de conteúdos; gestão de informação, conhecimento e evidência científica; gestão editorial; infra-estrutura de armazenamento e recuperação de informação; bibliometria; infometria; e cienciometria;
 - b. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor sobre as metodologias e tecnologias utilizadas pela BIREME na gestão de produtos e serviços de informação e recomendar as soluções e atualizações necessárias;
 - c. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor na adoção de inovações em informação e comunicação científicas;
 - d. assessorar o Diretor das OPAS e o Comitê Assessor na preparação e implantação do Plano de Trabalho Bienal da BIREME, de acordo com o Plano Estratégico da OPAS e o Plano de Trabalho Bienal da OPAS;
 - e. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor na adoção de alianças internacionais para o desenvolvimento da informação e comunicação científicas em saúde;
 - f. adotar um regimento interno de funcionamento, a ser aprovado por todos os seus membros em sessão ordinária;

- g. promover uma sessão ordinária anual. Três (3) membros do Comitê Científico poderão solicitar ao Comitê Assessor da BIREME a realização de sessão extraordinária.

Artigo VIII Secretariado

Sujeito à autoridade geral e decisões do Diretor da OPAS, o Secretariado é órgão permanente da BIREME e responsável pela gestão e execução técnica e administrativa do Programa de Trabalho e Orçamento Bienal da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS.

- a. O Secretariado será composto pelo Diretor da BIREME, e pelo pessoal técnico e administrativo necessários, segundo determinado pelo Diretor da OPAS e sujeito à disponibilidade de recursos financeiros.
- b. O Diretor da BIREME será nomeado pelo Diretor da OPAS, mediante concurso internacional, e de acordo com as regras e normas da Organização Pan-Americana de Saúde.
- c. Os funcionários do quadro de postos da BIREME serão nomeados de acordo com as regras e normas da OPAS.
- d. O Diretor da BIREME será responsável perante o Diretor da OPAS pela gestão executiva da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS, devendo:
 - a. preparar, com base no Plano Estratégico Regional da OPAS, a Proposta do Plano de Trabalho Bienal e a Proposta Orçamentária Bianual da BIREME e submetê-las ao Comitê Assessor para revisão e recomendações ao Diretor da OPAS;
 - b. fazer executar o Plano de Trabalho Bienal e o Orçamento Bienal da BIREME aprovados pelo Diretor da OPAS como parte integral do Plano de Trabalho Bienal da OPAS;
 - c. promover e estabelecer colaboração com entidades e organizações relacionadas às funções programáticas da BIREME;
 - d. promover e realizar alianças internacionais para o desenvolvimento da informação e comunicação científicas em saúde, em consonância com as prioridades da OPAS;

- e. representar a BIREME em eventos e iniciativas relacionadas às suas funções programáticas, na condição de Centro Especializado da OPAS;
- f. gerir as questões administrativas e financeiras da BIREME;
- g. apresentar Relatório Anual sobre o progresso da BIREME e submetê-lo ao Comitê Assessor para revisão e recomendações ao Diretor da OPAS;
- h. preparar qualquer outro relatório solicitado pelo Diretor da OPAS, pelo Comitê Assessor ou Comitê Científico da BIREME;
- i. exercer a função de Secretário *ex officio* das reuniões do Comitê Assessor e do Comitê Científico;
- j. aceitar verbas ou contribuições de pessoas físicas ou jurídicas por meio de acordos e/ou contratos, desde que relacionadas às funções da BIREME, e sujeitas às condições estabelecidas pelo Diretor da OPAS e a sua prévia autorização por escrito.

Artigo IX Finanças

1. Os recursos para financiar o Plano de Trabalho Bienal da BIREME serão oriundos das seguintes fontes: a contribuição anual da OPAS determinada pelo Diretor da OPAS; contribuição anual do Governo Brasileiro, em consonância com o convênio celebrado com a OPAS; contribuições anuais dos Estados Participantes e Organizações Participantes da BIREME, e de recursos financeiros de projetos, prestação de serviços e contribuições voluntárias.
2. Todas as contribuições anuais serão devidas a partir do dia 1º de janeiro de cada ano e deverão ser pagas até, no máximo, 30 de junho do mesmo ano.
3. Os fundos e ativos da BIREME serão tratados como fundos fiduciários (*trust funds*) da OPAS e serão administrados de acordo com suas normas financeiras.
4. Um Fundo de Capital de Giro será estabelecido em nome da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS.

Artigo X Privilégios e Imunidades

Os privilégios e imunidades da BIREME no Brasil como Centro especializado da OPAS, assim como as responsabilidades financeiras do Governo Brasileiro em relação à manutenção da BIREME, de acordo com o Artigo IX deste Estatuto, devem estar refletidos em Acordo específico entre a OPAS e o Governo Brasileiro.

Artigo XI Instalações

Os arranjos relacionados às instalações físicas e outros serviços fornecidos à BIREME, com sede desde sua criação na cidade de São Paulo, Brasil, no Campus da UNIFESP, devem estar refletidos em instrumento específico a ser firmado entre a OPAS, o Governo Brasileiro e a UNIFESP.

Artigo XII Emendas

As emendas a este Estatuto, recomendadas pelo Comitê Assessor da BIREME, entrarão em vigor quando aprovados pelo Conselho Diretor da OPAS.

Artigo XIII Vigência

As provisões deste Estatuto entrarão em vigência na data da aprovação pelo Conselho Diretor da OPAS.

CE144.R25: Agenda Provisória do 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 144ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (documento CD49/1) preparada pela Diretora para o 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, que se apresenta como anexo do documento CE144/3, Rev. 1; e

Levando em conta as disposições do Artigo 12.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Artigo 7 do Regulamento Interno do Conselho,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (documento CD49/1) preparada pela Diretora para o 49º Conselho Diretor da OPAS, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Oitava reunião, 26 de junho de 2009)

Decisões

Decisão CE144(D1)* *Aprovação da agenda

Em conformidade com o artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê aprovou, sem modificações, a agenda submetida pela Diretora (Documento CE144/1).

(Primeira reunião, 22 de junho de 2008)

Decisão CE144(D2)* *Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o artigo 54 do Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar seu Presidente (Uruguai) e Vice-Presidente (Suriname) para representar o Comitê no 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. O Comitê designou México e Trinidad e Tobago como representantes suplentes.

(Primeira reunião, 22 de junho de 2008)

EM TESTEMUNHO DO QUE, o Presidente do Comitê Executivo, Delegado do Uruguai, e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente Relatório Final.

ASSINADO em Washington, D.C., no dia vinte e seis de junho de 2009. A Secretária depositará o texto original nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

Jorge Basso
Delegado do Uruguai
Presidente da
144ª Sessão do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária *ex officio* da
144ª Sessão do Comitê Executivo

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS PROCEDIMENTAIS

- 2.1 Adoção da agenda e programa de reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS DO COMITÊ

- 3.1 Relatório sobre a terceira sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
- 3.2 Prêmio OPAS em Administração 2009
- 3.3 Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
- 3.4 Relatório Anual do Escritório de Ética

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS

- 4.1 Projeto de Orçamento e Programa da OPAS 2010-2011
- 4.2 Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (rascunho)
- 4.3 Nova escala de cotas
- 4.4 Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e sadio

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS (cont.)

- 4.5 Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza
- 4.6 Política de Pesquisa para Saúde
- 4.7 Estratégia e plano de ação para saúde mental
- 4.8 Plano de ação sobre a saúde do adolescente e do jovem
- 4.9 Plano de ação para aplicação da política de igualdade de gênero
- 4.10 Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos
- 4.11 Saúde e turismo
- 4.12 Redes Integradas de Serviços de Saúde com baseadas na Atenção Primária à Saúde
- 4.13 Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
- 4.14 Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
- 4.15 Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual
- 4.16 Saúde Familiar e Comunitária
- 4.17 Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a arrecadação de cotas
- 5.2 Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008
- 5.3 Modificações do regulamento financeiro e das regras financeiras

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS *(cont.)*

- 5.4 Projetos que utilizam a renda do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo
- 5.5 Proposta do estabelecimento de um comitê de auditoria

6. ASSUNTOS DE PESSOAL

- 6.1 Modificações ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
- 6.2 Reforma no sistema de contratação na OPAS
- 6.3 Intervenção do representante da Associação de Pessoal da RSPA

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO

- 7.1 Orçamento por Programas da OMS para 2010-2011
- 7.2 Plano Estratégico da OMS 2008-2013 Modificado (rascunho)
- 7.3 Código de práticas para contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão
- 7.4 Relatório de progresso sobre assuntos técnicos:
 - 7.4.1 Regulamento Sanitário Internacional *(inclui relatório sobre a pandemia [H1N1] 2009)*
 - 7.4.2 Mesa redonda sobre hospitais seguros: preparativos
 - 7.4.3 Painel de discussão sobre a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e desenvolvimento para alcançar os ODMs: preparativos
- 7.5 Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:
 - 7.5.1 Resoluções e outras ações da 62^a Assembleia Mundial da Saúde

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO *(cont.)*

7.5.2 Resoluções e outras ações do trigésimo nono período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

7.5.3 Relatório sobre a Quinta Cúpula das Américas

7.6 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros:

7.6.1 Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

7.6.2 Fundo Mestre de Investimento de Capital

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

- - - -

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais*

<i>Off. Doc. 328</i>	Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado (rascunho)
Doc. Off. 333	Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
<i>Doc. Of. 335</i>	Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008

Documentos de trabalho*

CE144/1, Rev. 2	Agenda
CE144/WP/1, Rev. 1	Programa de reuniões
CE144/2	Representação do Comitê Executivo no 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE144/3, Rev. 1	Agenda provisória do 49º Conselho Diretor, 61ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE144/4	Relatório sobre a terceira sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
CE144/5 e Add. I	Prêmio OPAS em Administração 2009
CE144/6	Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
CE144/7	Relatório Anual do Escritório de Ética
CE144/8	Nova escala de cotas
CE144/9	Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo envelhecimento ativo e saudável

* Documentos disponíveis somente em inglês e espanhol.

Documentos de trabalho (cont.)

CE144/10, Rev. 1	Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza
CE144/11	Política em Pesquisa para a Saúde
CE144/12	Estratégia e plano de ação para saúde mental
CE144/13, Rev. 1	Plano de ação para a saúde do adolescente e jovem
CE144/14	Plano de ação para aplicação da política de igualdade de gênero
CE144/15, Rev. 1	Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos
CE144/16	Saúde e turismo
CE144/17	Redes Integradas de Serviços de Saúde com base na Atenção Primária de Saúde
CE144/18, Rev. 1 and Add. I	Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CE144/19, Rev. 1 and Add. I	Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
CE144/20	Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual
CE144/21	Saúde Familiar e Comunitária
CE144/22, Rev. 1	Fundo Rotativo da OPAS para Compra de Vacinas
CE144/23 and Add. I	Relatório sobre a arrecadação de cotas
CE144/24, Rev. 1	Modificações do regulamento financeiro e das regras financeiras

Documentos de trabalho (cont.)

CE144/25, Rev. 1	Projetos que utilizam a renda do orçamento por programas que excede o nível autorizado do orçamento ordinário efetivo
CE144/26, Rev. 1, Add. I	Proposta do estabelecimento de um comitê de auditoria
CE144/27	Modificações ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
CE144/28	Reforma do sistema de contratação na OPAS
CE144/29	Intervenção do representante da Associação de Pessoal da RSPA
CE144/30 e Add. I	Projeto Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
CE144/31	Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado (rascunho)

Documentos de Informação*

CE144/INF/1	Orçamento por Programas da OMS para 2010-2011
CE144/INF/2	Plano Estratégico da OMS 2008-2013 Modificado (rascunho)
CE144/INF/3 Rev. 1	Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão
CE144/INF/4	Relatório sobre os progresso realizados em termos de assuntos técnicos
<i>CE/144/INF/4-A</i>	Relatório sobre os progressos realizados em termos de assuntos técnicos: Regulamento Sanitário Internacional (<i>inclui Relatório sobre a pandemia [H1N1] 2009</i>)

* Documentos disponíveis somente em inglês e espanhol.

Documentos de Informação (*cont.*)

<i>CE144/INF/4-B</i>	Preparativos para a mesa-redonda sobre hospitais seguros
<i>CE144/INF/4-C</i>	Preparativos para o painel sobre a Aliança Pan-Americana sobre Nutrição e Desenvolvimento para atingir os ODM
CE144/INF/5	Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS
<i>CE144/INF/5-A</i>	Resoluções e outras ações da 62 ^a Assembleia Mundial da Saúde
<i>CE144/INF/5-B</i>	Resoluções e outras ações do trigésimo nono período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos
<i>CE144/INF/5-C</i>	Relatório sobre a Quinta Cúpula das Américas
CE144/INF/6	Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros
<i>CE144/INF/6-A</i>	Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
<i>CE144/INF/6-B</i>	Fundo Mestre de Investimento de Capital

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Sr. Marcelo Rinaldi
Asesor Canciller
Ministerio de Relaciones Exteriores,
Comercio Internacional y Culto
Buenos Aires

Sra. Ana Marcela Pastorino
Consejera
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA

Dr. Franz Calani
Asesor del Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo Navarro
Embajador, Representante Permanente
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Erika Dueñas
Encargada de Negocios, a.i.
Embajada de Bolivia
Washington, D.C.

Sr. William Torres Armas
Ministro Consejero
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Gisela Vaca Melgar
Representante Alterná de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA (cont.)

Sra. Aylin Oropeza Bleichner
Representante Alterná de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Su Excelencia Jorge Skinner Klee
Embajador, Representante Permanente
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Su Excelencia Lionel Maza
Embajador, Representante Permanente
Alternó de Guatemala ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Jorge Contreras
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

HAITI

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Dr Ariel Henry
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

MEXICO/MÉXICO

Dr. Arturo Cervantes
Director General Adjunto de Prevención
de Accidentes
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Katya Puga Cornejo
Jefa, Departamento para el Sistema
Interamericano
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Saskia Bleau
Protocol Officer
Assistant UN Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. Mark Abdo
Director of Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized
Agencies
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Ted Faris
Program Analyst
Office of Management Policy and
Resources
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (*cont.*)

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA** (*cont.*)

Ms. Leah Hsu
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Guillermo Aviles Mendoza
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Julia Goldberg
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA** (*cont.*)

Ms. Therese Hughes
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

URUGUAY

Dr. Jorge Basso
Director General de Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima Dra. María del Lujan Flores
Embajadora del Uruguay ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Adriana Isabel Rodríguez
Ministra Consejera
Misión Permanente del Uruguay ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Dra. Márcia Bassit L. da Costa Mazzoli
Secretária Executiva
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Internacional
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Dr. Leandro Luiz Viegas
Assessor Técnico da Secretaria de
Ciência, Tecnologia e Insumos
Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Sra. Márcia Rollemberg
Coordenadora de Documentação e
Informação Subsecretaria de Assuntos
Administrativos
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília, D.F.

Sra. Viviane Rios Balbino
Representante Alternativa do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Ms. Bersabel Ephrem
Director General
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Ranu Sharma
Policy Analyst
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Sarada Leclerc
Health Specialist, Americas Branch
Canadian International Development
Agency
Quebec

Mr. Darren Rogers
Alternate Representative
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

CHILE

Su Excelencia Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carla Serazzi
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Petit-Laurent
Segundo Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sr. Carlos Iván Plazas
Encargado de Negocios, a.i.
Misión Permanente de Colombia ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Juan Claudio Morales
Consejero
Misión Permanente de Colombia ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Carlos Lucien Pineda
Segundo Secretario, Representante
Alternativo de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA

Madame Marie-France Pagnier
Ambassadrice, Observatrice permanente
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Mme Milena Castellnou
Observatrice permanente adjointe de la
France près de l'Organisation des États
Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Hague

NICARAGUA

Sr. Luis Alvarado
Ministro Consejero
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

Lic. Julieta María Blandón Miranda
Primer Secretaria
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (*cont.*)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (*cont.*)

PARAGUAY

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Francisco M. Barreiro P.
Consejero
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Carla Poletti
Tercera Secretaria
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Claudia Medina
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Oscar Báez
Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de Venezuela ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Valentina Martínez
Attaché
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Liz Torres
Segunda Secretaria
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

Sr. Javier Sancho
Embajador, Observador Permanente de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OPS**

**Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental**

Ing. Carlos Alberto Rosito

**National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

U. S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti
Mr. Matthew Hayman

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS**

**Doctors without Borders
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves
Ms. Emi Maclean

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL
ORGANIZATIONS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO (cont.)
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations

Ms. Susan Crowley

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas**

Sr. Fernando Flores
Sra. Helvia Velloso

**United Nations Population Fund
Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Ms. Sonia Heckadon
Ms. Rachel Seelig
Ms. Dominica Martin

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Director and Secretary ex officio
of the Committee
Directora y Secretaria ex officio
del Comité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

**Advisers to the Director (cont.)
Asesores de la Directora (cont.)**

Mr. Michael Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations,
Resource Mobilization, and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas,
Movilización de Recursos y Asociaciones

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica

FUNDO ROTATÓRIO PARA COMPRA DE VACINAS PELA OPAS EM FACE AOS NOVOS DESAFIOS

Súmula da Reunião realizada no dia 23 de junho de 2009

1. No dia 23 de junho de 2009 foi realizada uma reunião na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., para discutir diversas questões técnicas e de políticas em relação ao Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas pela OPAS e à colaboração da Organização com a Aliança do GAVI, o Banco Mundial e o Compromisso de Mercados Antecipado para vacinas antipneumocócicas. A reunião foi convocada em conformidade com uma solicitação apresentada por um representante dos Estados Unidos da América durante a terceira sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração da OPAS (SPBA).¹

2. A Dra. Socorro Gross, Subdiretora da OPAS, inaugurou a reunião e recebeu cordialmente os participantes, estendendo especial boas-vindas aos Ministros da Saúde do Haiti, Paraguai e Suriname, bem como os Vice-ministros da Saúde do Brasil e da Nicarágua. Dentre outros participantes, estavam presentes representantes de diversos Estados Membros da OPAS que assistiam à 144ª Sessão do Comitê Executivo da OPAS, realizada na sede da OPAS no período de 22 a 26 de junho de 2009, bem como representantes da Aliança GAVI e do Banco Mundial. Também estavam presentes representantes do setor da indústria farmacêutica. Além disso, os representantes de diversos Estados Membros da OPAS participaram da reunião por conferência pela Internet.

3. As apresentações introdutórias foram feitas por Alex Palacios da Aliança GAVI, Susan McAdams do Banco Mundial e Cuauhtémoc Ruiz da OPAS, e houve um período alocado para perguntas e observações. As apresentações e o debate estão resumidos a seguir.

Apresentação de Alex Palacios, representante especial do executivo da Aliança da GAVI

4. O Sr. Palacios começou pela observação de que a GAVI tem trabalhado com a OPAS e com representantes de Organização Mundial da Saúde (OMS), do Banco Mundial e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para buscar soluções práticas às diferentes políticas e práticas relacionadas às licitações e ao fornecimento de vacinas que representam um desafio para o desejo compartilhado de aumentar o acesso à proteção contra doenças letais. Apesar de o Grupo de Trabalho OPAS-GAVI ser

¹ Ver relatório da reunião de SPBA para mais informações: Documento SPBA3/FR.

relativamente novo, a cooperação entre a Aliança OPAS-GAVI remonta aos primeiros dias da GAVI. Segundo ele, os membros do Grupo de Trabalho têm realizado suas conversações mantendo a mente aberta e um desejo de todos de encontrar soluções práticas. Outros parceiros também têm sido úteis, oferecendo ideias e precedentes para a consideração. O Sr. Palácios reconheceu que diversos atores aguardam pela resolução do problema: os doadores, os meios de comunicação, o setor farmacêutico, e é claro, os países que aguardam pelas vacinas, e que têm, naturalmente, começado a manifestar alguma frustração.

5. Após a última reunião do Grupo de Trabalho ao final de maio, foi solicitado que um subgrupo constituído de representantes da OPAS e da GAVI considerasse um possível enfoque proposto pela liderança da OPAS, e advogados de ambas as partes deveriam se reunir durante a semana de 22 de junho para dar andamento à ideia. O Sr. Palácios estava esperançoso de que os advogados poderiam “realizar seu importante trabalho de forma tranquila e rápida” e apresentar ao Grupo de Trabalho suas ideias e considerações. Foi acrescentada a expectativa de colaboração com a Dra. Gross e outros colegas da OPAS, OMS, UNICEF e do Banco durante os próximos meses, não apenas para resolver os problemas atuais como também para fortalecer a colaboração na área de imunização durante os próximos anos.

Apresentação por Susan McAdams, Diretora do Setor de Administração Fiduciária Multilateral e Financiamento Inovador, Programas Concessionários e Parcerias Globais do Banco Mundial

6. A Sra. McAdams assinalou que mais de 7 milhões de pessoas por ano morrem de doenças infecciosas, a maioria delas nos países pobres. A vacinação poderia prevenir a grande maioria dessas mortes, mas infelizmente, frequentemente as vacinas não estão disponíveis nos locais onde são necessárias. Em alguns casos, como os de infecção pelo HIV/AIDS, segundo ela, “nós ainda não desvendamos a ciência”. O maior problema, porém, é que as condições do mercado e as incertezas desencorajam os fabricantes de vacina a investir seriamente em vacinas para os países em desenvolvimento. O Compromisso de Mercados Antecipado (AMC) é uma iniciativa projetada para romper o ciclo vicioso da demanda incerta, abastecimento limitado e preços mais altos.

7. Apesar de haver um mercado significativo para as vacinas, poucos fabricantes de vacinas estão desenvolvendo e introduzindo novas vacinas. Além disso, as vacinas tendem a ser introduzidas por uma empresa de cada vez, de maneira que há no princípio um monopólio. Leva anos para desenvolver um mercado certo para a concorrência abaixar os preços. Portanto, são necessários anos para colocar as vacinas no mercado, principalmente nos países em desenvolvimento, onde os fabricantes entendem que o risco é alto e a demanda é incerta.

8. O AMC foi projetado para reparar esta falha de mercado, subsidiando o custo do aumento da capacidade de produção dos fabricantes e permitindo que estes aumentem a produção para suprir as necessidades dos países em desenvolvimento. A ideia básica por trás do AMC é garantir aos fabricantes o mercado para as vacinas sem distorcer os incentivos normais à produção. O objetivo é assegurar o compromisso financeiro dos doadores de subsidiar as compras de vacinas por um preço fixo durante um período determinado. A vacina deve alcançar um perfil específico de produto (ou seja, deve conter os sorotipos adequados e satisfazer outros requisitos determinados pela OMS), e deve haver demanda dos países elegíveis da GAVI. A vacina selecionada para o projeto piloto do AMC é a antipneumocócica. Pelo fato de o pneumococo causar anualmente um número maior de mortes em escala mundial do que a AIDS, tuberculose, ou malária, incluindo 800.000 mortes de crianças anualmente, principalmente nos países mais pobres do mundo.

9. O AMC foi elaborado para criar um mercado—não se trata de uma garantia de compra. Os doadores concordam em subsidiar o custo através de um compromisso antecipado de mercado bem-definido. O valor do subsídio é determinado (US\$ 3,50 por dose no caso da vacina antipneumocócica), bem como o preço de venda (ou o limite máximo de preço) para a vacina projetada (também US\$ 3,50 por dose para a vacina antipneumocócica). Os países beneficiários realizam um co-pagamento (US\$ 0,10–0,30 por dose inicialmente, dependendo do nível de renda do país, e a GAVI co-financia o restante dos US\$ 3,50 do preço de venda) para assegurar que a demanda seja real e não apenas motivada pelo doador.

10. Os doadores do projeto piloto do AMC concordaram em alocar um total de US\$1,5 bilhão para financiar o subsídio nos próximos 20 anos, e o Banco Mundial garantiu os compromissos de todos os doadores. O valor alocado ajudará a financiar os custos de capital para desenvolver a capacidade necessária e será utilizado para a aquisição de vacinas a uma taxa de US\$ 3,50 por dose. Há também uma garantia limitada de compra, equivalente a 45% do comprometimento de compra em um ano, oferecida aos fabricantes de vacina em troca pela produção de uma vacina que cumpra as especificações do produto e de abastecimento a longo prazo—10 anos no caso da vacina antipneumocócica—pelo preço acordado. A meta do piloto do AMC é garantir 2 bilhões de doses da vacina antipneumocócica durante o período de 10 anos a um preço médio de US\$ 4,25 por dose para o período (valor do dólar em 2009), o que significa US\$ 12,75 para um ciclo de imunização composto por 3 doses em comparação com US\$ 200 nos Estados Unidos.

11. A Sra. McAdams realçou que a razão de ser do AMC é, antes de mais nada, a de criar um mercado. “Todos nós nos beneficiamos quando há concorrência de mercado”, afirmou. “[A concorrência] Reduz os preços, permite-nos atender à demanda e vacinar todas as crianças quem necessitam da vacina.”. Acrescentou que um elemento fundamental do AMC é encorajar no mínimo um fabricante proveniente de um mercado

emergente a participar do projeto piloto, uma vez que esta participação é vista como crucial para o sucesso a longo prazo de qualquer mercado de vacinas. Também foi enfatizado que o AMC é um pacote, não uma licitação de um ano, mas o compromisso de 10–15 anos acordado pelo Banco Mundial, pela GAVI, além de doadores e fornecedores. Segundo a Sra. McAdams, trata-se fundamentalmente de um *quid pro quo*: um acordo de subsídio específico em troca por um compromisso de abastecimento por um período de 10 anos a um preço-máximo baixo.

Apresentação de Ruiz Cuauhtémoc, Assessor Sênior do Setor de Imunização Integral Familiar, OPAS

12. O Dr. Ruiz recordou que o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas foi lançado pela OPAS em 1979 como um mecanismo para assegurar o fornecimento ininterrupto de vacinas essenciais, seringas e outros insumos necessários para o Programa Ampliado de Imunização (PAI). Segundo ele, o Fundo Rotatório se baseia nos princípios de equidade, qualidade, acesso, e pan-americanismo. Trata-se de um mecanismo de cooperação que garante qualidade, tempestividade, quantidade, disponibilidade de preços mais baixos e sustentabilidade. Como tal, o Fundo desempenhou uma função importante ao fortalecer e assegurar a sustentabilidade financeira dos programas de vacinação nos países, fortalecendo os sistemas nacionais de saúde. Graças, em grande parte, à proteção criada pelo Fundo, as Américas foram a primeira região da OMS a erradicar a poliomielite e o sarampo, estando bem encaminhada para conquistar a eliminação da rubéola. O Fundo também contribuiu para um aumento considerável do uso das vacinas contra influenzas sazonais nas Américas, principalmente desde o ano 2000.

13. Um aspecto importante da cooperação técnica prestada pelo Fundo é o apoio à promulgação de leis nacionais de imunização e o fortalecimento dos orçamentos nacionais de imunização. Os dados mais recentes disponíveis indicam que 99% dos fundos de financiamento para programas nacionais de imunização nos países da América Latina e Caribe são provenientes de fontes nacionais.

14. Além de cooperar do ponto de vista técnico, o Fundo Rotatório é um mecanismo centralizado para a aquisição de vacinas e disponibiliza linhas de crédito para que os países comprem vacinas. O Fundo Rotatório aumentou de forma contínua durante seus 30 anos de história, e o número de vacinas oferecidas passou de 6 em 1979 para 28 em 2008. O número de países e territórios que fazem suas aquisições através do Fundo também aumentou (de 8 em 1979 para 41 em 2008), e o valor monetário das vacinas obtidas também aumentou em mais de cem vezes, passando de US\$ 2,3 milhões para US\$ 271,7 milhões. Até 2012, calcula-se que o Fundo deva adquirir um valor superior a US\$ 500 milhões em vacinas.

15. O Fundo oferece benefícios tanto para compradores como para fornecedores. Para os países, o Fundo assegura o abastecimento tempestivo e contínuo de vacinas pré-

qualificadas pela OMS e que são seguras, de alta qualidade e pelos preços mais baixos, permitindo a introdução de vacinas com rapidez e sustentabilidade. Para os fornecedores, o Fundo permite o estabelecimento de acordos de longo prazo com um único comprador, previsões confiáveis de demanda, transparência no relacionamento, facilitando tanto o planejamento da produção como as entregas, além de realizar a farmacovigilância pós-venda.

16. O Dr. Ruiz vê três desafios principais a serem enfrentados pelo Fundo. Um é o de que as novas e mais caras vacinas estão sendo fabricadas por fornecedores exclusivos. As novas vacinas incluem a vacina contra o rotavírus, a vacina pneumocócica conjugada 7-valente e a vacina contra o papilomavírus humano (VPH). O desafio reside no fato de que essas novas vacinas são muito onerosas. A adição da vacina contra o rotavírus aos preços atuais de mercado, por exemplo, duplicaria os orçamentos de aquisição de vacinas dos países, a adição da vacina antipneumocócica 7-valente aumentaria o orçamento em sete vezes. Ante os fundos limitados e outras prioridades, seria difícil para a maioria dos países suportar tais aumentos. Portanto, o Fundo Rotatório é necessário para garantir preços baixos. O Fundo negocia preços com os fornecedores de vacinas através de licitações públicas, e os contratos de um ano são estabelecidos para um número aproximado de doses de uma determinada vacina a um preço previamente estabelecido. O preço representa o valor máximo que o Fundo pagará por dada vacina por um período de um ano. Caso o fornecedor posteriormente ofereça a vacina por um preço mais baixo, de acordo com o contrato com o Fundo, este fornecedor concorda em oferecer este preço também para o Fundo.

17. Outros desafios incluem o surgimento de novos atores no campo da imunização, inclusive a Aliança GAVI, e o fato de que os mercados de vacina estão operando segundo novos modelos tais como o Compromisso de Mercados Antecipados. A OPAS tem trabalhado com a GAVI desde sua inceptão, contribuindo para sua estrutura técnica e também ajudando os países elegíveis nas Américas na preparação das propostas de e implantação dos fundos da GAVI.

18. O Dr. Luiz expressou confiança de que o Fundo Rotatório se adaptará às novas circunstâncias e surgirá como um mecanismo até mais firme de apoio a todos os países da Região. Segundo ele, os altos níveis de pobreza e desigualdade que prevalecem nas Américas tornam o Fundo Rotatório imprescindível. Embora somente seis dos países na Região (Bolívia, Cuba, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua) satisfazem os critérios para o financiamento pela GAVI (renda nacional bruta de menos de US\$ 1.000 per capita em 2003), 122 milhões de pessoas da América Latina e do Caribe, ou seja 22% da população da sub-região, vive com menos de US\$ 2 por dia e 40% da população não pode pagar por uma cesta básica. Mesmo em Trinidad e Tobago, o país com a renda bruta nacional *per capita* mais elevada da sub-região, 40% da população vive com menos de US\$ 2 por dia. De acordo com o Dr. Luiz, ante os novos desafios o Fundo manterá suas características fundamentais e respeitará os princípios sobre os quais foi fundado. Um Fundo Rotatório

mais fortalecido continuará a assegurar a imunização como um bem público e que os programas de imunização continuem sendo a intervenção e de saúde pública mais custo-efetiva e socialmente aceitável.

Perguntas e observações feitas pelos participantes do encontro

19. Os representantes dos Estados Membros da OPAS expressaram o apoio contundente ao Fundo Rotatório e salientaram a necessidade de protegê-lo e preservá-lo. “Se nossa opção se trata da defesa ou não do Fundo Rotatório, acredito que nós [os países mais diretamente interessados (países que reúnem os critérios para receber financiamento da GAVI)] devemos defendê-lo”, afirmou a Sra. Nora Orozco Chamorro, Vice-ministra da Saúde da Nicarágua. Os participantes também expressaram o apoio sólido aos princípios da igualdade, solidariedade e pan-americanismo como sendo a base o Fundo, que foi visto como meio de garantir o acesso às vacinas da qualidade alta, acelerando a introdução de novas vacinas e realizando economias de escala que beneficiam todos os países de América Latina e Caribe, independentemente de suas dimensões ou níveis de renda. Diversos participantes sugeriram que outras regiões do mundo devam ser encorajadas a estabelecer seus próprios fundos rotatórios para compra de vacinas. O Dr. Ramiro Guerrero da Harvard Initiative for Global Health (Iniciativa Harvard para Saúde Mundial) notou que a necessidade de aumentar a produção atual das vacinas existentes, abordada pelo piloto da AMC, poderia ser abordada por fundos rotatórios que, entre outros benefícios, ajudam a organizar e consolidar a previsão de demanda.

20. Os participantes também apoiaram a abordagem de preço único proporcionada pelo Fundo Rotatório. “Durante nossa reunião do PAI em 2008 nas Bahamas, quando nos foi dito sobre os diferentes preços para a aquisição de vacinas...votamos por unanimidade pela continuação do Fundo Rotatório e imploramos à OPAS para pressionar por sua continuação,” declarou Dr. Yvonne Monroe do Ministério da Saúde da Jamaica. Alguns participantes manifestaram preocupação com a possibilidade de que os países elegíveis da GAVI nas Américas talvez viessem a adquirir vacinas fora do Fundo Rotatório por preços mais baixos, o que, segundo eles, seria prejudicial ao Fundo. Foi enfatizado que o Fundo Rotatório tem 30 anos de funcionamento, enquanto que a GAVI e o AMC são relativamente novos e, no caso do AMC, ainda não provado.

21. Numerosos participantes salientaram a necessidade de ter em mente que o objetivo principal da vacinação é salvar as vidas infantis. A Dra. Mirta Roses, Diretora da OPAS, assinalou que as metas de imunização não serão atingidas e as doenças não serão eliminadas caso apenas as crianças pobres sejam vacinadas. A Dr. Márcia Bassit, Vice-ministra da Saúde do Brasil, concordou. “Não devemos perder de vista o nosso objetivo que é fornecer cobertura completa a todas as crianças que necessitam [das vacinas], independentemente de sua situação econômica,” afirmou.

22. Vários participantes comentaram que a reunião brindou uma oportunidade para identificar os elementos mais eficazes dos três mecanismos para forjar uma estratégia para garantir o acesso às vacinas por todas as crianças das Américas e de outras partes do mundo. Sr. John Fitzsimmons dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos assinalou, por exemplo, que as lições aprendidas com o Fundo Rotatório na área da projeção de demanda poderiam ser úteis ao piloto do AMC. A Dra. Esperanza Martínez, Ministra da Saúde do Paraguai, observou que a bem-sucedida abordagem centralizada de mercado e em grande escala do Fundo Rotatório, aliada à estratégia AMC/GAVI de oferecer subsídios aos produtores para ajudar a custear a pesquisa e o desenvolvimento associados à fabricação de novas vacinas, poderia ajudar a aumentar a cobertura de vacinação em todo o mundo e a salvar as vidas de muitas crianças. A Dra. Yvonne Monroe, Ministério da Saúde da Jamaica, propôs que os diferentes atores e parceiros ajudem a apoiar o Fundo Rotatório da OPAS visando fortalecê-lo, e permitir que os países em desenvolvimento tenham acesso aos preços mais baixos da vacina pneumocócica conjugada 10-valente, enquanto que subsídios GAVI-AMC são disponibilizados para outros países elegíveis.

23. Várias perguntas foram feitas sobre a GAVI e o AMC. Diversos participantes questionaram como os dois mecanismos assegurariam suas sustentabilidades quando o apoio a estes chegar ao fim. A Dra. Ida Berenice Molina, Líder do Programa Ampliado de Imunização de Honduras, expressou preocupação com o que talvez aconteça caso Honduras, um país elegível à GAVI, introduza a vacina antipneumocócica e depois se torne inelegível para apoio da GAVI pelo fato de sua renda nacional bruta per capita ter sido elevada para pouco mais de US\$1.000. Pelos preços atuais, afirmou, o país não poderia continuar a adquirir a vacina e seu programa de vacinação sofreria uma grave perda da confiança. Ela e outros participantes instaram a GAVI a revisar seus critérios de elegibilidade, tendo em mente que em muitos países das Américas, mesmo que a renda nacional bruta esteja acima de US\$1.000, grande parte da população continua a viver com renda abaixo do limite de pobreza (menos de US\$2 por dia). A Sra. Orozco Chamorro da Nicarágua expressou preocupação com a falta de representação dos países em desenvolvimento das Américas na Junta da GAVI.

24. Diversos participantes buscaram informações sobre os critérios que levaram à determinação da vacina antipneumocócica como a selecionada para o piloto do AMC, sobre a forma como o AMC administraria o fornecimento de diversos tipos de vacina antipneumocócica (a vacina 7-valente atualmente disponível e as variedades 10-valentes e 13-valentes devem estar disponíveis num futuro próximo), se há a previsão de AMCs para outras vacinas e se o objetivo do AMC é facilitar a introdução de novas vacinas ou aumentar a produção das já existentes. Dr. Celsius Waterberg, Ministro da Saúde do Suriname, indagou quanto à vacina contra o papilomavírus humano (VPH) e de sua disponibilidade através da GAVI e/ou do Fundo Rotatório da OPAS.

25. Sr. Palacios da Aliança GAVI, em resposta a algumas das perguntas e observações, afirmou que o AMC não tem intenção de concorrer ou prejudicar o Fundo Rotatório. Ele explicou que o Fundo Rotatório e o AMC “são dois de uma série de mecanismos que operam simultaneamente, abordando diferentes questões e problemas. Não há a intenção para concorrer, nenhuma intenção de causar qualquer dano ao Fundo Rotatório. Concordamos com a posição de que o Fundo Rotatório conquistou coisas importantes, e pode continuar a fazê-lo, talvez realizando conquistas ainda maiores nos próximos anos.”

26. No que tange à elegibilidade para receber financiamento da Aliança GAVI, ele informou que um grupo de trabalho está atualmente revendo os critérios para determinar quais mudanças deveriam ser feitas. O Sr. Palacios também notou que os compromissos seriam mantidos durante uma fase de transição para garantir a sustentabilidade entre os países que não mais obedecem aos critérios de elegibilidade.

27. Com respeito à sustentabilidade, ele afirmou que desde 2008 a introdução de qualquer nova vacina com o apoio da GAVI foi acompanhada de um requisito de cofinanciamento pelos países. No início a contribuição dos países é moderada, mas aumenta com o passar do tempo, sendo que o objetivo é que, com o passar do tempo, os países possam cobrir os seus próprios custos relativos às vacinas.

28. Segundo o Sr. Palacios, a vacina contra o VPH se encontra entre as vacinas que a Junta da Aliança GAVI tem aprovado para a consideração e apoio futuro, sujeito à disponibilidade de recursos. Porém, observou, os recursos são finitos, e a GAVI prevê uma disparidade de financiamento de cerca de US\$3 bilhões nos próximos seis a sete anos.

29. A Sra. McAdams afirmou também que o AMC não foi criado para concorrer com o Fundo Rotatório da OPAS, e que, pelo contrário, o intuito é de que estes funcionem paralelamente. “Se pudéssemos acelerar o fornecimento das vacinas antipneumocócicas, reduzir as limitações de abastecimento, mudar mais rapidamente para um mercado competitivo e de baixos preços, todos se beneficiam. ”Essa é a *complementaridade fundamental* entre o AMC e o Fundo Rotatório”, afirmou.

30. Sobre a escolha da vacina antipneumocócica para o piloto, foi explicado que a ideia original do AMC era promover e incentivar a pesquisa e o desenvolvimento de uma vacina contra HIV. Porém, um grupo de especialistas independentes considerou diversas doenças como candidatas em potencial ao projeto piloto, inclusive HIV/AIDS, malária, tuberculose, a doença rotavírica, doença pneumocócica e a infecção pelo VPH. A doença pneumocócica foi selecionada pelo fato de os membros do grupo terem sentido que o aceleração da introdução da vacina antipneumocócica teria o maior e o mais significativo impacto sobre a saúde pública.

31. A Dra. Roses, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, afirmou que a Secretaria da OPAS nunca entendeu o relacionamento entre a OPAS e a GAVI como uma relação de concorrência, e que nunca havia estado ciente, até recentemente, de qualquer problema vis-à-vis a GAVI. Portanto, tinha sido difícil entender, segundo ela, o motivo pelo qual o delegado dos Estados Unidos havia requerido repetidas vezes que os Órgãos Diretores da OPAS discutissem a questão. Ela explicou que há oito meses ela tomou ciência de que uma cláusula do contrato de compras do Fundo Rotatório fora identificada pela GAVI e pelo AMC como sendo problemática. Ainda assim, ela nunca fora convidada a falar sobre o Fundo Rotatório ou a resolver quaisquer questões com o Banco Mundial ou GAVI, e que a OPAS nunca fora consultada sobre o projeto do AMC, apesar de o Banco Mundial estar localizado a poucas quadras da sede da OPAS.

32. Ela reiterou que a OPAS tem buscado resolver questões junto à GAVI, e que tem buscado ser o mais aberta e transparente possível. Mesmo assim, apesar de a OPAS não entender seu relacionamento com a GAVI de maneira concorrencial, ficou bastante claro que está sendo entendida desta forma por alguns. A citação de um artigo intitulado “Sistemas de vacinação dificultam iniciativas africanas”, publicado pelo jornal *Financial Times* no dia da reunião,² ela notou que “os países das Américas estão sendo considerados culpados pela falta de progresso na imunização da África” quando teriam contribuído de diferentes formas, até mesmo com recursos humanos, para o progresso da vacinação naquela Região.

33. O Sr. Mark Abdo, Diretor de Assuntos Multilaterais, Repartição de Assuntos de Saúde Mundial, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, disse ter ficado satisfeito em ouvir que a OPAS não se vê como concorrente dos outros atores da arquitetura global de saúde, e de que outros atores não se vêem como concorrentes da OPAS. Isso é importante, segundo ele, pois “todos trabalhamos pelo mesmo objetivo. Todos queremos colocar vacinas nos braços das crianças”. É preciso que todas as regiões do globo se unam solidariamente, adicionou, para garantir que as crianças tenham acesso a vacinas que tragam benefícios duradouros às suas saúdes. A América é feliz por ter o Fundo Rotatório, declarou, o “que tem funcionado de maneira impressionante por vários anos e nos ajudado a realizar as melhorias mais sustentáveis e importantes que a saúde que nossa Região já viu”, embora a discussão sobre a aplicabilidade do fundo rotatório em outras Regiões seja “uma discussão a longo prazo”.

34. O Sr. Palácios da Aliança GAVI, em resposta aos comentários da Dra. Roses, afirmou que concordava que teria havido consultas insuficientes entre a GAVI e a OPAS. “Estamos tentando abordar isso de diversas maneiras,” ele adicionou, “inclusive

² Jack, Andrew. Sistemas de vacinação dificultam iniciativas africanas. *Financial Times*, 23 de junho de 2009. Disponível em: http://www.ft.com/cms/s/0/1f_ef88b8-5f48-11de-93d1-00144feabdc0.html?nclick_chec. (Acesso obtido no dia 16 de julho de 2009).

através do Grupo de Trabalho OPAS-GAVI”. Embora o Grupo de Trabalho esteja atualmente centrando-se em um desafio particular, a esperança da GAVI, segundo ele, é de se tornar um mecanismo importante para comunicação contínua e consultas.

35. O Dr. Ciro Quadros, Presidente Executivo do Instituto de Vacinas Sabin e Presidente do Grupo de Assessoria Técnica sobre Doenças Preveníveis por Vacina da OPAS, afirmou que, assim como a Diretora, ele também estava surpreso com a justificativa de uma reunião especial para discutir o Fundo Rotatório e o AMC, uma vez que o AMC terá impacto muito pequeno sobre as Américas, enquanto que o Fundo Rotatório continua a servir bem à Região.

36. A Dra. Roses agradeceu a todos que participaram da reunião, em particular os ministros da saúde que haviam viajado a Washington expressamente para participar. Ao resumir a discussão, afirmou que a ela parecia que o valor do Fundo Rotatório estava bem-estabelecido, e assinalou que o Fundo foi criado há 30 anos para abordar o mesmo ciclo vicioso que o AMC está procurando abordar hoje: um abastecimento insuficiente de vacinas causado pela relutância dos fabricantes em impulsionar a produção em função do risco demasiado e outras incertezas com respeito a demanda. A relação entre o Fundo Rotatório os fabricantes, enfatizou, tem sido extremamente positiva. Graças à demanda garantida gerada pelo Fundo Rotatório, os fabricantes de vacinas têm podido expandir suas produções e investir em pesquisa e desenvolvimento. Quando a OMS solicitou a expansão da capacidade de produção para atender as vacinas contra a pandemia de influenza foram as Américas que permitiram que os produtores assim o fizessem através do aumento da demanda por vacinas contra a influenza sazonal. O Fundo também permitiu o aparecimento de fabricantes nos mercados emergentes, o que aumentou a concorrência e baixou os preços. Porém, o aspecto mais importante do ponto de vista da saúde pública é que o Fundo permitiu o abastecimento sustentado de vacinas necessárias.

37. A questão que surgiu com respeito ao AMC e o Fundo Rotatório esta relacionada especificamente com a vacina pneumocócica conjugada 10-valente e ligada a uma cláusula do contrato de licitação do Fundo que determina que os fabricantes ofereçam ao Fundo o preço mais baixo possível por suas vacinas. A Dra. Rosas assinalou que esta questão tem surgido em um setor do mercado que é altamente defeituoso do ponto de vista econômico e de saúde pública, uma vez que há apenas um fabricante de vacina antipneumocócica. Ressaltou que o problema não é o Fundo Rotatório, mas a falta de concorrência devido a existência de um único fornecedor.

38. Ela reiterou que o problema envolve apenas a vacina antipneumocócica, e que não há nenhum problema com qualquer uma das outras vacinas sendo atualmente obtidas através do Fundo Rotatório. O Grupo de Trabalho OPAS-GAVI está, portanto concentrando-se em encontrar uma solução específica para este problema específico. “Situações excepcionais como esta, é claro, requerem soluções excepcionais”, afirmou, adicionando que ela deixou claro ao Secretário Executivo da Aliança GAVI estar mais do

que disposta a encontrar tal solução, porém “sem minar os princípios do Fundo Rotatório, e acima de tudo, sem gerar tensões ou diferenças entre os países das Américas”. Para isso, foi declarada uma moratória de um ano na licitação da vacina pneumocócica viral 10-valente através do Fundo Rotatório para que o piloto do AMC possa avançar.

39. Na sua perspectiva, os Estados Membros da OPAS haviam deixado claro que não viam qualquer razão para outra discussão sobre o Fundo Rotatório, embora a discussão dentro do Comitê Executivo de OPAS, é claro, seria realizada conforme o previsto. Ela apelou para que os membros do Comitê Executivo pensem no assunto sobre de que forma o problema da vacina antipneumocócica viral pode ser resolvido de maneira a beneficiar a todos.

- - -