



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



152^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de junho de 2013

CE152/FR (Port.)
21 de junho de 2013
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	6
 Assuntos Relativos ao Regulamento	
Mesa Diretora.....	6
Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões	7
Representação do Comitê Executivo no 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Agenda Provisória do 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
 Assuntos Relativos ao Comitê	
Relatório sobre a Sétima Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração	9
Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração (2013).....	10
Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS.....	10
Relatório Anual do Escritório de Ética (2012)	11
Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS.....	13
Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS	15
 Assuntos Relativos à Política dos Programas	
Projeto de Plano Estratégico 2014–2019	16
Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014–2015	20
Proteção Social em Saúde	23
Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis.....	25
Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização	28
Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas	30
Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central.....	32
 Assuntos Administrativos e Financeiros	
Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições	33
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012.....	34
Relatório do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação	38
Modificações do Regulamento Financeiro	39

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos Administrativos e Financeiros (cont.)

Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros	40
Situação dos Projetos Financiados pela Conta Especial da OPAS	41
Plano Mestre de Investimentos de Capital	41

Assuntos de Pessoal

Modificações do Regulamento do Pessoal da RSPA	43
Estatísticas de Pessoal da RSPA	44
Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS	46

Assuntos de Informação Geral

Atualização sobre a Reforma da OMS	47
Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento para Programas 2014–2015	50
Projeto de Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS): Relatório de Progresso	51
Relatório sobre a 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA 16)	54
Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde: Relatório sobre os Preparativos (pelo Brasil)	55
Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015: Relatório sobre os Preparativos para os Painéis de Discussão	56
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos	58
A. Estratégia e Plano de Ação Regional sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança(2008–2015): Avaliação Intermediária	58
B. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária	58
C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas	58
D. Aplicação do -Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco	58
E. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores	59
F. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas	59
G. Plano Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde... 59	
H. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional	60
I. Situação dos Centros Pan-Americanos	60

ÍNDICE (cont.)

	Página
Assuntos de Informação Geral (cont.)	
Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:.....	60
A. Sexagésima Sexta (66ª) Assembleia Mundial da Saúde	
B. Organizações Sub-regionais	
Outros Assuntos	62
Clausura da Sessão	62
Resoluções e Decisões	622
Resoluções	
CE152.R1 Arrecadação das Contribuições Fixas.....	62
CE152.R2 Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde	63
CE152.R3 Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros.....	64
CE152.R4 Proteção Social em Saúde	65
CE152.R5 Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização.....	68
CE152.R6 Uso do Saldo Decorrente da Conclusão de Projetos da Conta Especial	70
CE152.R7 Projeto de Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019	71
CE152.R8 Modificações do Regulamento Financeiro	74
CE152.R9 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a Organização Pan-American da Saúde	75
CE152.R10 Prêmio OPAS em Administração 2013	76
CE152.R11 Modificações do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana	76
CE152.R12 Agenda Provisória do 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	80
CE152.R13 Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas	80
CE152.R14 Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central.....	83
CE152.R15 Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis.....	86

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções (cont.)

CE152.R16	Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015	89
CE152.R17	Contribuições Fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2014-2015	95

Decisões

CE152(D1)	Adoção da Agenda	102
CE152(D2)	Representação do Comitê Executivo no 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	102

Anexos

Anexo A.	Agenda
Anexo B.	Lista de Documentos
Anexo C.	Lista de Participantes
Anexo D.	Relatório da Sessão Especial da 152ª Sessão do Comitê Executivo realizada em 29 de abril de 2013

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 152^a Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 17 a 20 de junho de 2013. Compareceram à sessão delegada dos seguintes nove membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Granada, Jamaica, Paraguai, Peru e Estados Unidos da América. Os representantes dos seguintes outros Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores compareceram na qualidade de observadores: Aruba, Barbados, Colômbia, República Dominicana, Guatemala, Honduras, México, Espanha e (República Bolivariana da) Venezuela. Além disso, uma agência das Nações Unidas e cinco organizações não governamentais estavam representadas.

2. O Comitê também realizou uma reunião especial antes da abertura formal da sessão para debater assuntos relacionados à alocação de fundos à Região pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O relatório desta reunião se encontra no Anexo D ao presente relatório.

3. O Dr. Victor Raúl Cuba Oré (Peru, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. A Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]) deu as suas boas-vindas, destacando que o Comitê estava se reunindo em uma circunstância muito importante para a saúde pública global. Cada vez mais se reconhecia o papel fundamental da saúde como subsídio e resultado do desenvolvimento sustentável e a OPAS e a OMS estavam trabalhando para pôr a saúde em uma posição de destaque na agenda de desenvolvimento pós-2015. O Comitê estaria debatendo vários assuntos muito importantes, como o Plano Estratégico 2014–2019, que moldaria o trabalho da Organização nos próximos seis anos, e o próximo orçamento bienal, que asseguraria à Repartição ter o financiamento necessário para executar o Plano. Além disso, o Comitê estaria examinando um projeto de plano regional de ação para prevenção e controle de doenças não transmissíveis, um assunto de enorme importância dado o impacto social, econômico e de saúde destas doenças. Ela antecipava um debate produtivo sobre estes assuntos e outros temas da agenda do Comitê.

Assuntos Relativos ao Regulamento

Mesa Diretora

4. Os seguintes Membros eleitos para desempenhar funções na 151^a Sessão do Comitê continuaram desempenhando os seus respectivos cargos durante a 152^a Sessão:

<i>Presidente:</i>	Peru	(Dr. Victor Raúl Cuba Oré)
<i>Vice Presidente:</i>	El Salvador	(Dr. Matías Villatoro)
<i>Relator:</i>	Jamaica	(Hon. Dr. Fenton Ferguson)

5. A Diretora serviu como Secretária *ex officio* e o Dr. Jon Kim Andrus (Diretor Adjunto, RSPA) serviu como Secretário Técnico.

Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões (Documentos CE152/1, Rev. 1, e CE152/WP/1)

6. O Comitê adotou a agenda provisória incluída no Documento CE152/1, Rev. 1, com um acréscimo: o pedido do Delegado de El Salvador um tema sobre doença renal crônica nas comunidades agrícolas da América Central foi acrescentado em Assuntos Relativos à Política de Programas (Decisão CE152[D1]). O Comitê também adotou um programa de reuniões (CE152/WP/1).

Representação do Comitê Executivo no 52o Conselho Diretor da OPAS, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE152/2)

7. De acordo com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo nomeou o Peru e El Salvador como Presidente e Vice-presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 52º Conselho Diretor, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Chile e Jamaica foram eleitos como representantes suplentes (Decisão CE152[D2]).

Agenda Provisória do 52o Conselho Diretor da OPAS, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE152/3)

8. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretivos, RSPA) apresentou a agenda provisória do 52º Conselho Diretor, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Ela observou que, em conformidade com a Resolução CSP28.R6, que havia delegado responsabilidade de certos temas ao Comitê Executivo, os relatórios sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital e o projeto para modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA não estariam incluídos na agenda do Conselho, embora este receberia informação sobre estes dois temas no relatório do Presidente do Comitê Executivo. O relatório sobre doença renal crônica nas comunidades agrícolas da América Central seria acrescentado à agenda em Assuntos Relativos à Política de Programas. Havia sido solicitado aos comitês regionais da OMS que debatessem vários assuntos, inclusive a reforma da OMS, saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e os critérios para prorrogação da data-limite para satisfazer os requisitos de capacidade básica sob o Regulamento Sanitário Internacional (2005); conseqüentemente, estes temas haviam sido incluídos na agenda, sendo este último em Assuntos Relativos à Política de Programas. Além disso, a Repartição estava aguardando

um documento da OMS sobre os termos de referência para um mecanismo global de coordenação para ação em doenças não transmissíveis; assim que o documento chegasse, a Diretora decidiria se o assunto deveria ser posto na agenda para o Conselho Diretor.

9. A Delegada do Brasil, referindo-se à apresentação feita pela sua delegação no Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde (ver parágrafos 202 a 206 abaixo), solicitou que um tema sobre recursos humanos em saúde fosse acrescentado à agenda em Assuntos Relativos à Política de Programas. Ela observou que a sua delegação já havia divulgado um anteprojeto de resolução sobre o assunto, sendo que o propósito deste era reforçar a atenção aos recursos humanos em saúde em vista do resultado esperado do Fórum Global e dos debates em andamento com respeito à saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015. O Delegado de El Salvador solicitou que fosse acrescentado um relatório sobre a tuberculose em Assuntos para Informação, observando que a avaliação intermediária da Agenda de Saúde nas Américas (ver parágrafo 14 abaixo) havia destacado a necessidade de intensificar esforços para prevenir e controlar a doença. O Delegado da Guatemala chamou atenção para a Declaração de Antígua (Guatemala) “Por uma política integral frente ao problema mundial das drogas nas Américas”, aprovada durante a quadragésima terceira sessão ordinária da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA), observando que a Declaração determinava um processo de consulta sobre a questão de drogas ilícitas em preparação a uma sessão especial da Assembleia Geral da OEA a ser realizada em 2014. Ele solicitou que um tema sobre o problema das drogas nas Américas fosse acrescentado à agenda em Assuntos Relativos à Política de Programas.

10. Concordou-se que um tema sobre recursos humanos em saúde seria acrescentado à agenda em Assuntos Relativos à Política de Programas e que a Repartição trabalharia com a delegação do Brasil de modo a elaborar um relatório e projeto de resolução sobre o assunto. A Sra. Huerta sugeriu que informação sobre prevenção e controle da tuberculose poderia ser incluída no relatório sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde na Região das Américas.

11. A Diretora, em resposta à solicitação feita pelo Delegado da Guatemala, recordou que os Órgãos Diretivos haviam recentemente aprovado uma estratégia regional e um plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública¹ e sugeriu que talvez fosse suficiente um relatório de progresso sobre as atividades em andamento neste contexto. Vários delegados, embora recebessem bem um relatório sobre o assunto, manifestaram opinião de que o tema deveria ser tratado em Assuntos para Informação, ou na forma de um relatório de progresso sobre a estratégia e o plano de ação como sugerido pela Diretora ou como parte do relatório sobre resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse da OPAS. Após mais debates, decidiu-se incluí-lo neste último tema.

¹ Ver Resoluções CD50.R2 (2010) e CD51.R7 (2011).

12. O Comitê adotou a Resolução CE152.R12, adotando a agenda provisória (Documento CD52/1) contida no Documento CE152/3, com as modificações supracitadas.

Assuntos Relativos ao Comitê

Relatório sobre a Sétima Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração (Documento CE152/4)

13. O Dr. Matías Villatoro (El Salvador, Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) havia realizado sua Sétima Sessão de 18 a 22 de março de 2013 e também havia realizado uma reunião virtual especial em 17 de abril de 2013 para concluir seus debates sobre a alocação de fundos pela OMS à Região das Américas. O Subcomitê havia debatido vários importantes assuntos financeiros, administrativos e de programas, inclusive o projeto de Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, o projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2014–2015 e os resultados da Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas. Ele observou que, como praticamente todos os assuntos, exceto um, debatidos pelo Subcomitê constavam também da agenda do Comitê Executivo, ele informaria a respeito à medida que fossem tratados pelo Comitê.

14. O único tema debatido pelo Subcomitê que não foi encaminhado ao Comitê Executivo para consideração era a Avaliação Intermediária da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017, que examinava como a Agenda de Saúde havia contribuído para o planejamento e a programação de saúde no âmbito nacional e sub-regional e o grau em que havia influenciado as atividades das organizações internacionais que atuavam na área da saúde. Uma conclusão importante era que, embora os países tivessem feito amplo uso da Agenda para elaborar suas estratégias, políticas e planos de saúde, ela havia sido usada de forma limitada pelas organizações internacionais. A avaliação verificou que havia ocorrido um bom progresso em todas as oito áreas da ação identificadas na Agenda de Saúde. Contudo, era necessário redobrar o empenho em várias áreas, inclusive mortalidade materna, dengue, tuberculose, HIV/aids, obesidade, gasto público como porcentagem do PIB e despesas desembolsadas particulares com saúde. O Dr. Villatoro informou que o Subcomitê havia enfatizado a importância de melhorar a conscientização sobre a Agenda e incentivar seu uso contínuo no planejamento e formulação de políticas no âmbito nacional e sub-regional e, principalmente, entre outras organizações internacionais de cooperação. Havia sido considerado ser fundamental uma campanha entre estas organizações para abordar os determinantes da saúde que estavam fora do controle direto do setor da saúde.

15. Após os comentários do Dr. Villatoro, um delegado frisou a importância de uma metodologia e critérios claros para a transferência de recursos da OMS à Região. O Dr. Villatoro observou que ele trataria deste assunto mais detalhadamente quando o

Comitê fosse debater o Programa e Orçamento da OPAS para 2014–2015 (ver parágrafos 56 a 68 abaixo).

16. O Comitê Executivo agradeceu ao Subcomitê pelo seu trabalho e tomou conhecimento do relatório.

**Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração (2013)
(Documentos CE152/5 e CE152/5, Add. I)**

17. O Sr. Luis Castillo (Chile) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração (2013), formado por representantes do Canadá, Chile e Estados Unidos, havia se reunido no dia 18 de junho de 2013. Após examinarem as informações sobre o único candidato ao prêmio indicado pelos Estados Membros, o Júri havia decidido conceder o Prêmio OPAS em Administração (2013) ao Dr. Brendan Courtney Bain, da Jamaica, por suas contribuições ao fortalecimento da força de trabalho da saúde pública no Caribe.

18. O Comitê Executivo felicitou o Dr. Bain e adotou a Resolução CE152.R10, observando a decisão do Júri e transmitindo seu relatório (Documento CE152/5, Add. I) ao 52º Conselho Diretor.

**Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
(Documento CE152/6)**

19. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que, de acordo com o procedimento apresentado nos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais, o Subcomitê havia realizado uma reunião fechada durante a sua sétima sessão para considerar a candidatura de uma organização não governamental (ONG) para manter relações oficiais com a OPAS e examinar a situação de sete organizações não governamentais que atualmente mantêm relações oficiais com a Organização. O Subcomitê havia decidido recomendar que o Comitê Executivo admitisse a Associação Americana de Saúde Pública (APHA) a manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos e que continuasse as relações oficiais entre a OPAS e a Sociedade Americana de Microbiologia (ASM), Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS), Federação Internacional da Diabetes (IDF), Federação Latino-americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA), March of Dimes, Farmacopeia dos Estados Unidos (USP) e Associação Mundial para a Saúde Sexual (FOI, anteriormente Associação Mundial de Sexologia), também por um período de quatro anos.

20. Um representante da Associação Americana de Saúde Pública agradeceu ao Comitê por respaldar a candidatura da sua organização a manter relações oficiais com a OPAS. Ele observou que a APHA vinha colaborando com a OPAS por vários anos com o objetivo de melhorar a saúde dos povos da Região. Era bem-vinda esta oportunidade de

formalizar sua parceria com a Organização, em particular com o propósito de fazer progredir a missão comum de garantir o acesso universal à saúde.

21. A Dra. Irene Klinger (Gerente de Área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) agradeceu ao Subcomitê pelo seu trabalho em revisar as relações com as diversas ONGs e agradeceu a presença de representantes de várias das organizações que mantêm relações oficiais com a OPAS. Dando as boas-vindas à Associação Americana de Saúde Pública a manter relações oficiais com a Organização, ela disse que o trabalho em curso da OPAS com a APHA seria muito importante em diversas áreas como saúde ambiental, promoção de causa e liderança entre jovens, questões de saúde da fronteira entre o México e os Estados Unidos e fortalecimento de capacidade de captação de recursos.

22. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE152.R9 endossando as recomendações do Subcomitê.

Relatório Anual do Escritório de Ética (2012) (Documento CE152/7)

23. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA) apresentou um resumo do relatório anual de 2012 do Escritório de Ética, observando que, como coordenador do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS (ICMS), ele também apresentaria informações relevantes em relação a algumas das declarações feitas no relatório da Associação do Pessoal da OPAS/OMS (ver parágrafos 164 a 169 abaixo). Ele recordou que o Escritório de Ética tinha duas responsabilidades principais: dar orientação de ética ao pessoal e investigar alegações de faltas graves. Em 2012, o Escritório havia recebido 85 consultas sobre uma variedade de temas e havia avaliado 43 notificações de conduta que suscitavam considerações éticas. Cerca de dois terços destas notificações haviam sido feitas de maneira anônima via a Central de Ética, uma proporção muito maior que a usual. Era digno de menção que nenhuma das notificações de 2012 continha alegações de fraude financeira ou corrupção, mas representavam questões gerais do local de trabalho e percepções de conduta antiética, inclusive vários casos de conflitos de interesses percebidos e um caso grave de assédio sexual que havia levado à demissão de um funcionário. O Escritório havia recebido 21 notificações de roubo ou prejuízo à propriedade da OPAS, principalmente laptops e smartphones. As perdas totais sofridas como resultado destes casos haviam sido de US\$ 10.968² Havia sido determinado que parte do prejuízo decorria de falha em exercer o devido cuidado e zelo e, portanto, havia sido implantada uma política de responsabilidade sobre bens em julho de 2012.

24. Quanto ao sistema interno de justiça da Organização, ele observou que, embora nenhum sistema fosse perfeito e sempre poderiam ser feitas melhorias, o Sistema de

² A menos que indicado de outra forma, todas as cifras monetárias deste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS tinha muitos atributos que eram considerados avançados em termos de sistemas de resolução de litígios em organizações internacionais. A Associação do Pessoal da OPAS/OMS era parte integrante do sistema e se reunia periodicamente com os outros membros do ICMS para debater questões de interesse e mudanças de políticas necessárias. Valia mencionar uma mudança realizada em 2012, a introdução de uma política mais progressiva para prevenção e resolução de assédio no local de trabalho, segundo a qual a série de condutas que constituíam assédio havia sido ampliada para incluir intimidação, abuso de autoridade e criação de um ambiente de trabalho hostil. A política também estabelecia um prazo para a resolução das queixas.

25. O Escritório de Ética, que coordenava os ICMS, era uma entidade independente sem relação direta de subordinação a outra entidade ou indivíduo na Organização. Esta independência era fundamental para assegurar as investigações objetivas e imparciais de alegações de faltas graves. Recentemente havia sido reconstituído o Comitê de Apelação, outro componente do sistema, para incluir uma cadeira externa, o que representava um passo importante para maior independência, objetividade e profissionalismo e para acelerar a resolução de casos. A externalização completa do processo de apelação da OPAS, como havia sido sugerido pela Associação de Pessoal, requereria uma análise minuciosa do sistema interno de justiça da Organização.

26. Um protocolo de investigação havia sido implantado em 2010 após extensa consulta com todos os membros do ICMS, inclusive a Associação de Pessoal, que agora afirmava que o protocolo era inadequado. Esta e as outras questões levantadas pela Associação do Pessoal na sua exposição³ poderiam ser debatidas na próxima reunião do ICMS. Todavia, era direito do pessoal apelar se eles achassem que o protocolo não havia sido aplicado corretamente, mas até o momento nenhuma investigação havia sido contestada nem revogada nestes termos. O Escritório de Ética era de opinião de que era preciso fazer mais para informar o pessoal sobre os diversos recursos disponíveis para tratar de questões do local de trabalho ou exercer o próprio direito de apelação. Além disso, eram necessárias mais medidas preventivas para conscientização sobre as questões de ética e evitar que as situações chegassem a um ponto em que uma queixa formal era a única opção viável. Com esse fim, o Escritório de Ética havia realizado pesquisas, campanhas de conscientização e cursos de treinamento e pretendia produzir uma série de folhetos de orientação sobre temas como fraude e corrupção, conflitos de interesses, emprego e atividades externas e presentes e cortesias.

27. No debate que se seguiu, os membros do Comitê receberam cordialmente os esforços do Escritório de Ética para promover uma cultura de integridade e responsabilidade entre o pessoal. Ressaltou-se que prevenir era melhor que remediar e se incentivou o Escritório a continuar a se empenhar para evitar conflitos ao promover a conduta ética e difundir informação sobre o que constituía uma conduta aceitável.

³ Documento CE152/24 (2013).

Sugeriu-se que a conduta ética no caso da OPAS ia além do simples cumprimento das diretrizes de ética e incluía conduta que exemplificava os valores e a missão da Organização. Uma delegada perguntou sobre a unidade de ética que estava sendo instituída dentro da OMS e questionou se um mecanismo estava sendo implementado para partilhar boas práticas que poderiam ser mutuamente benéficas tanto para a OPAS como para a OMS.

28. O Sr. MacMillan respondeu que ele havia fornecido informação ao Secretariado da OMS sobre o programa de ética da OPAS e havia oferecido assessoria sobre a descrição do cargo de encarregado de ética da OMS. Ele concordou que educação e conscientização contínuas eram essenciais para promover um ambiente de trabalho de respeito e prevenir conduta antiética. Todo o pessoal novo recebia treinamento em ética e tal treinamento também havia sido ministrado ao pessoal em todas as representações nos países, mas ainda era necessário fazer mais. O Escritório de Ética redobraría os seus esforços para melhorar a conscientização sobre os limites de conduta aceitável, não só para prevenir conflitos, mas também para proteger os funcionários da OPAS de ter de lidar com queixas de pouca importância.

29. A Diretora disse que o programa de ética da OPAS era um dos melhores entre as organizações internacionais em termos do número de recursos disponíveis ao pessoal para lidar com questões éticas no local de trabalho. Entre estes recursos estavam o Escritório do Ombudsman, Escritório de Ética, Gestão de Recursos Humanos, Escritório do Assessor Jurídico, Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, Segurança da Informação, Comitê de Apelação da OPAS e o Tribunal Administrativo da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Junto com a Associação do Pessoal, estes recursos compreendiam o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Eles proporcionavam uma série de serviços que iam da resolução de conflito informal a audiências formais perante o Tribunal Administrativo da OIT, cujas decisões eram de direito. Era evidente que se poderia melhorar mais e a Repartição continuaria a se esforçar para assegurar que o sistema como um todo funcionava de maneira mais eficiente possível. Ela se empenharia ao máximo para promover um espírito de abertura e honestidade e para criar um ambiente de trabalho no qual todo o pessoal se sentiria respeitado e motivado a respeitar os colegas.

30. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE152/8, Rev. 1)

31. O Sr. Alain Gillette (Presidente, Comitê de Auditoria da OPAS) resumiu o conteúdo do relatório do Comitê de Auditoria, recordando que o Comitê desempenhava um papel de assessoria em assuntos financeiros e contábeis. Ele observou que o relatório continha onze recomendações, que representavam o resultado final de duas sessões e visitas de campo aos países realizadas pelo Comitê de Auditoria durante o período

coberto no relatório. O relatório também continha pela primeira vez uma autoavaliação feita pelo Comitê de Auditoria do próprio trabalho.

32. Destacando os diversos aspectos do relatório, ele disse que o Comitê de Auditoria havia ficado plenamente satisfeito com o trabalho do novo auditor externo da Organização (ver parágrafos 118 a 126 abaixo). Com respeito à auditoria interna, as atividades do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (ver parágrafos 127 a 133 abaixo) e monitoramento das suas recomendações também haviam sido satisfatórios de modo geral. Havia sinergia adequada, sem sobreposição, entre as atividades dos auditores internos e externos. O Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação estava agora com o seu quadro de pessoal completo, embora talvez fosse necessário um quadro maior de pessoal para possibilitar ao Escritório realizar as suas novas funções de avaliação de modo eficaz. Havia sido feito progresso em implementar recomendações prévias da auditoria, mas se poderia melhorar, em particular com respeito a algumas questões recorrentes, que requeria medidas mais enérgicas por parte da Administração. O Comitê de Auditoria havia sugerido que o Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação deveria considerar introduzir uma categoria de “parcialmente implementado” nos seus relatórios para indicar que medidas foram tomadas quanto a uma recomendação, mas esta não havia sido plenamente implementada.

33. Havia sido verificado que os demonstrativos financeiros da Organização estavam em plena conformidade com as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS). Porém, alguns dados financeiros ainda estavam sendo processados manualmente, o que inevitavelmente implicava em riscos. Esta situação persistiria até que o novo Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS) estivesse implementado (ver parágrafos 188 a 196 abaixo). Na recente reestruturação do projeto do PMIS, havia sido contemplada a maioria dos sinais de alerta apontados pelo Comitê de Auditoria nos anos anteriores. Porém, talvez fossem necessários mais recursos humanos para assegurar que o projeto fosse terminado a tempo. Havia sido feito progresso com relação aos controles internos e gestão de risco, mas seriam sim examinadas as questões apontadas pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, em particular em relação à orientação processual desatualizada e fragmentada. Com relação à ética e fraude, o Comitê de Auditoria recebeu bem o folheto sobre Tolerância a Zero a Fraudes e Corrupção e recomendou que orientação semelhante fosse elaborada sobre outras questões, como conflitos de interesses. Também recomendou que a política de zero tolerância deveria se aplicar não somente ao pessoal mas também aos parceiros de implementação e fornecedores.

34. No debate que se seguiu, os delegados enfatizaram a necessidade de assegurar que políticas e procedimentos fossem atualizados e sistematicamente aplicados, não só na Sede da OPAS como também nas representações nos países. Manifestou-se preocupação com a falta de uniformidade processual nas representações nos países e se sugeriu que todas as representações deveriam passar por uma visita de auditoria. Pediu-se à

Repartição que fizesse comentários sobre a conclusão do Comitê de Auditoria de que um número considerável de recomendações anteriores da auditoria somente havia sido parcialmente implementado. Pediram-se esclarecimentos sobre a definição das funções da Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação (PAHEF) e a periodicidade das avaliações dos Centros Pan-Americanos e a possibilidade de realizar avaliações independentes do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), como recomendado pelo Comitê de Auditoria.

35. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA) disse que a Repartição havia finalizado uma extensa análise das políticas e procedimentos antigos e havia anunciado em março de 2012 que as únicas políticas e procedimentos oficiais da Organização eram os que constavam do E-Manual da OPAS/OMS. Porém, a OPAS era uma organização descentralizada com representações nos países geograficamente dispersas que tinham características distintas; sendo assim, nem toda política ou procedimento poderia ser implantado da mesma maneira. Em tais casos, convinha que fossem seguidos certos procedimentos operacionais padrão, contanto que estivessem de acordo com a política geral da Organização. Com respeito à sugestão de que todas as representações nos países deveriam ser visitadas pela auditoria, a decisão de fazer tais visitas se baseava nos perfis de risco das representações, em conformidade com a prática da OMS e de muitos organismos do setor público. Porém, a Repartição estava examinando maneiras de assegurar que a gestão de risco fosse monitorada adequadamente em todas as representações nos países. Quanto à inclusão de uma categoria de “parcialmente implementado” em futuros relatórios de auditoria interna, ele acreditava que o Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação havia concordado com esta sugestão.

36. A Diretora disse que todos os Centros Pan-Americanos eram periodicamente avaliados e relatórios eram apresentados aos Órgãos Diretivos. Ela não sabia ao certo a periodicidade destas avaliações, mas se encarregaria de verificar. Ela agradeceu ao Comitê de Auditoria por seu trabalho e suas recomendações, que a Repartição procuraria seguir.

37. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE152/9)

38. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado que o mandato de um dos membros primários do Comitê de Auditoria expiraria em junho de 2013 e que seria portanto necessário que o Comitê Executivo designasse um novo membro ao Comitê de Auditoria durante a sua 152^a sessão. O Subcomitê também havia sido informado que a Diretora havia determinado que o membro em questão, a Sra. Amalia Lo Faso, estaria disposta a servir um segundo mandato e que assim ela recomendava que a Sra. Lo Faso

fosse novamente indicada como membro do Comitê de Auditoria por um período de três anos. O Subcomitê havia endossado a recomendação da Diretora e assim recomendado que o Comitê Executivo nomeasse a Sra. Lo Faso a um segundo mandato. Porém, em 2014, quando seria eleito um novo membro, o Subcomitê havia sugerido que deveria haver mais de um candidato.

39. O Comitê adotou a Resolução CE152.R2, designando a Sra. Lo Faso a um segundo mandato no Comitê de Auditoria para o mandato de três anos, de junho de 2013 a junho de 2016.

Assuntos Relativos à Política dos Programas

Projeto de Plano Estratégico 2014–2019 (Documentos CE152/10, Rev. 1 e CE152/10, Add. I, Rev. 1)

40. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), informando sobre o debate do Subcomitê sobre uma versão anterior do documento a este respeito (ver parágrafos 8 a 25 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), disse que o Subcomitê havia respaldado a estrutura geral do Plano Estratégico 2014–2019, mas havia recomendado que o Grupo Consultor de Países (CCG) deveria examinar mais a fundo as categorias de trabalho no Plano e seu alinhamento com as categorias do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho (PGT) 2014–2019 da OMS (ver parágrafos 181 a 187 abaixo). Alguns membros do Subcomitê haviam sido de opinião de que os determinantes sociais da saúde deveriam estar incluídos em uma categoria específica, enquanto outros haviam achado que as categorias no Plano Estratégico da OPAS deveriam ser correspondentes às do Programa Geral de Trabalho da OMS a fim de evitar confusão e facilitar o monitoramento do progresso.

41. O Dr. Victor Raúl Cuba Oré (Peru), falando em nome do Grupo Consultor de Países, resumiu o trabalho realizado pelo CCG depois da sessão do Subcomitê em março. Ele informou que o CCG havia se reunido no dia 29 de maio de 2013 e havia examinado as versões preliminares tanto do Plano Estratégico 2014–2019 como do Programa e Orçamento para 2014–2015, o primeiro dos três biênios cobertos pelo Plano. Como resultado desta reunião, a cadeia de resultados havia sido melhorada e a agenda estratégica do Plano examinada, formas de medir o impacto debatido e as áreas de programa sob cada categoria de trabalho definidas. Além disso, havia sido realizado um exercício-piloto para validar a metodologia proposta pela Repartição para estratificar as prioridades programáticas. Os resultados deste exercício haviam sido usados para formular a alocação preliminar do orçamento de 2014–2015 entre as áreas de programa. A fim de assegurar maior propriedade dos Estados Membros e a participação no processo de elaboração do plano, o CCG havia recomendado que deveriam ser realizadas consultas nacionais sobre o Plano. Embora o alinhamento com o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS havia sido uma consideração importante ao formular o Plano Estratégico, ele refletia as prioridades regionais específicas identificadas pelos Estados

Membros. Tanto o plano como o programa e o orçamento seriam aprimorados com base no aporte recebido do Comitê Executivo e consultas nacionais.

42. A Dra. Amalia Del Riego (Assessora Sênior, Planejamento e Coordenação de Recursos, RSPA) observou que consultas nacionais sobre o Plano já estavam em andamento e deveriam ser finalizadas até 12 de julho de 2013. O objetivo destas consultas era obter aporte dos Estados Membros com relação aos parâmetros de referência e metas e à estratificação das prioridades programáticas. Também estava sendo pedido aporte sobre o projeto de orçamento de 2014–2015.

43. Resumindo o progresso feito no Plano Estratégico e destacando alguns aspectos principais para consideração pelo Comitê Executivo, ela disse que revisões dignas de menção feitas ao documento desde sua análise pelo Subcomitê incluíram o acréscimo de realizações à cadeia de resultados e um delineamento mais claro dos resultados pelos quais a própria Repartição seria responsável e os que seriam de responsabilidade conjunta dos Estados Membros. Ela observou que o CCG havia enfatizado a necessidade deste delineamento a fim de assegurar um forte senso de propriedade do Plano por parte dos Estados Membros. Também havia sido incorporada uma visão estratégica, representada graficamente por uma pirâmide que mostrava como as realizações, resultados e impactos do Plano contribuiriam para alcançar o seu objetivo principal: melhoria da qualidade de vida, desenvolvimento sustentável e equidade.

44. A parte da agenda estratégica do Plano agora incluía metas de impacto, indicadores e metas específicos. Ela destacou que a meta de impacto “melhoria da saúde e bem-estar com equidade” havia sido incluída a pedido do CCG porque, apesar das dificuldades inerentes ao monitoramento para o alcance desta meta, considerava-se importante fazer um esforço para encontrar uma maneira de avaliar a saúde e o bem-estar que não fosse uma análise de indicadores de morbidade e mortalidade. Um compêndio completo dos indicadores seria apresentado para o exame conjunto pelo CCG e os ajustes finais seriam feitos antes que o documento fosse apresentado ao Conselho Diretor.

45. As categorias de trabalho e áreas de programa do Plano estavam plenamente alinhadas com as do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS, exceto que se havia acrescentado “determinantes de saúde” ao nome da categoria 3 para destacar a importância que a Região dava a esta questão. De modo semelhante, algumas das áreas de programa haviam sido ampliadas para representar prioridades regionais. Também haviam sido incluídas prioridades de liderança para a Repartição, sendo a principal os determinantes sociais da saúde. O Plano também estabelecia o método para estratificar as prioridades programáticas e alocar recursos nas diversas categorias e áreas de programa.

46. Pediu-se ao Comitê Executivo que orientasse a finalização do Plano Estratégico, com atenção especial às áreas e indicadores de resultados destacados no Documento CE152/10, Rev. 1, visando possíveis reduções do orçamento (por exemplo, hepatite viral, saúde animal, saúde bucodental).

47. O Comitê recebeu cordialmente o progresso feito no Plano Estratégico desde a sessão de março do Subcomitê e elogiou o processo participativo para a sua elaboração. Assinalou-se que este processo, embora lento, asseguraria um senso de propriedade do Plano por parte dos Estados Membros e o compromisso pleno deles para alcançar os objetivos. O Comitê também agradeceu aos membros do CCG pelo trabalho realizado e recebeu bem as consultas nacionais em curso sobre o Plano. Enfatizou-se que estas consultas deveriam ser conduzidas em conjunto pelas representações da OPAS e os ministérios da saúde nacionais e deveriam levar em consideração processos e circunstâncias internos. Para que os países pudessem averiguar os indicadores de referência propostos, solicitou-se esclarecimento sobre como os parâmetros de referência haviam sido estabelecidos.

48. Os delegados destacaram diversas maneiras para aprimorar o Plano, sendo que vários afirmaram que apresentariam suas recomendações por escrito à Repartição, em alguns casos como parte dos relatórios de consulta nacional do próprio país. A maioria das observações se referia aos indicadores. Um delegado observou que o Plano não continha nenhum indicador para medir o desempenho da quarta função essencial da OPAS (Articular opções de política éticas e com base científica). Este mesmo delegado enfatizou a necessidade de dar maior atenção à saúde do adulto no Plano e de um indicador relacionado à saúde do adulto; ele sugeriu um dos indicadores poderia ser exames médicos anuais de prevenção para adultos com 19 a 65 anos de idade. Ele também enfatizou a necessidade de facilitar o acesso à assistência de saúde para os adultos disponibilizando serviços de saúde em ou nas proximidades de locais de trabalho, supermercados e lugares semelhantes frequentados por esta população.

49. Um outro delegado apontou a necessidade de um indicador de vigilância na área de programa 2.3 (Violência e acidentes) e a necessidade de um indicador para medir equidade no acesso e na qualidade da atenção na área de programa 3.1 (Saúde da mulher, saúde materna, do recém-nascido, da criança e do adolescente, e saúde sexual e reprodutiva). Com relação a esta última, ele sugeriu que um indicador do acesso equitativo poderia ser uma taxa de presença de um atendente qualificado no momento do parto de pelo menos 90% em todos os subgrupos populacionais e um indicador da qualidade de atenção poderia ser a porcentagem de mulheres que receberam medicamentos uterotônicos como parte da atenção padrão ao trabalho de parto e parto. Embora a inclusão das metas de impacto era vista favoravelmente, vários delegados questionaram como os indicadores e as metas para estes objetivos haviam sido selecionados, em particular com relação à meta 1 (Promover a saúde e o bem-estar com equidade) e ao uso do Índice de Necessidades de Saúde como um indicador para parte das metas, mas não para todas. Recomendou-se que o CCG deveria reexaminar os indicadores de impacto de saúde e metas. Uma delegada manifestou preocupação de que os Estados Membros não teriam tempo suficiente antes do 52º Conselho Diretor para avaliar todos os indicadores em termos de mensurabilidade, significação e acessibilidade.

50. Enfatizou-se que o Plano Estratégico 2014–2019 deveria se basear nos resultados e nas realizações do Plano Estratégico 2008–2012 e que os pontos fracos do plano anterior e as razões para não obter alguns resultados esperados deveriam ser analisados para se extrair ensinamentos, que deveriam ser aplicados para desenvolver e implantar o novo plano. Vários delegados salientaram também a necessidade de assegurar o seguimento no novo plano das resoluções, estratégias e planos de ação adotados no plano anterior. Destacou-se também a importância do alinhamento com as estratégias e os planos de ação globais. Por exemplo, considerou-se que a meta e o indicador para o uso prejudicial de álcool deveriam coincidir com os acordados pelos Estados Membros da OMS na respectiva estratégia global.⁴ Além disso, sugeriu-se que deveria ser esclarecida a metodologia para estabelecer as prioridades programáticas e estabelecidas prioridades de acordo com diretrizes éticas formais. Foi também sugerido que a cadeia de resultados deveria ser aprimorada para indicar resultados de curto, médio e longo prazo para cada categoria de trabalho com o objetivo de assegurar que o trabalho realizado a curto prazo contribuísse para o impacto pretendido a médio e longo prazo.

51. Vários delegados destacaram questões específicas que deveriam receber atenção especial no novo Plano, inclusive a avaliação de tecnologias em saúde, dengue, raiva, oncocercose e outras doenças negligenciadas, o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e, principalmente, os determinantes sociais da saúde. Com relação a este último, enfatizou-se que se faziam necessários enfoques adaptados às necessidades e ao contexto de cada país e que deveriam ser evitados enfoques que servissem para todos. De acordo com a ideia de que “o que é medido é feito”, considerou-se ser fundamental assegurar a coleta dos dados sólidos para permitir aos Estados Membros monitorar e procurar resolver desigualdades e incentivou-se a Repartição a dar assistência técnica aos países para que possam fortalecer seus sistemas de informação para esta finalidade. Foi também considerado essencial abordar os determinantes da saúde de maneira integral e coerente, sem deixar de dar ênfase especial a assuntos específicos de alcance intersetorial, como gênero, origem étnica e direitos humanos.

52. A Dra. Del Riego, observando que o Plano incluía uma área de programa dedicada especificamente à integração de gênero, equidade, direitos humanos e origem étnica, assegurou ao Comitê que todas as observações e recomendações recebidas dos Estados Membros, tanto durante o debate anterior como após as consultas nacionais, seriam levadas em consideração na revisão do Plano Estratégico. Ela concordou com a importância de usar os ensinamentos do Plano Estratégico anterior e assegurar a atenção contínua às resoluções adotadas segundo este. A este respeito ela observou que as metas de eliminação de doenças transmissíveis no novo Plano Estratégico derivavam das resoluções adotadas no Plano Estratégico 2008–2012. O Anexo IV do documento trazia uma lista das resoluções, estratégias e planos de ação por área de programa; a Repartição verificaria se a lista estava completa.

⁴ Ver Resolução WHA63.13 (2010).

53. No compêndio de indicadores que estava sendo atualmente compilado, a Repartição incluiria uma definição clara de cada indicador e identificaria as fontes de dados para monitorá-los. Também asseguraria que a OPAS estivesse alinhada com a OMS nesse sentido. A relação entre resultados de curto, médio e longo prazo seria mostrada nos orçamentos bienais para programas, já que o Plano Estratégico não incluía indicadores de resultados imediatos. Isso porque o progresso poderia ser mais rápido em algumas áreas que em outras e, portanto, os resultados imediatos poderiam variar de um biênio ao outro. A Repartição se empenharia para esclarecer os vínculos entre a cadeia de resultados do Plano Estratégico e os dos orçamentos bienais para programas.

54. A Diretora disse que convinha que os Estados Membros conduzissem o processo de formulação do Plano Estratégico da Organização, uma vez que a OPAS pertencia aos seus Estados Membros e eles seriam responsáveis junto com a Repartição por alcançar as realizações, resultados e impactos do Plano. Ela assegurou ao Comitê que os determinantes sociais da saúde seriam uma luz guia para o trabalho da Organização durante o período 2014–2019. Ela havia anotado devidamente as observações dos delegados com respeito à necessidade de enfatizar um enfoque centrado em gênero, origem étnica, equidade e direitos humanos e esperava que os Estados Membros dessem mais orientações durante as consultas nacionais sobre como assegurar que estas áreas recebessem a atenção necessária. Ela também recebeu com satisfação o aporte adicional sobre metas e indicadores. Nesse sentido, ela deixou claro aos Estados Membros que eles estavam se empenhando ao máximo para evitar criar novos requisitos onerosos de coleta de dados ou apresentação de informes aos Estados Membros ou à Repartição.

55. Os representantes da OPAS/OMS dariam esclarecimentos sobre a metodologia para o estabelecimento de prioridades durante as consultas nacionais. Era importante observar, no entanto, que nem todas as áreas poderiam ter o mesmo nível da prioridade. De fato, em vista dos desafios orçamentários que a Organização enfrentaria em biênios posteriores, seria fundamental que a Repartição e os Estados Membros trabalhassem em conjunto para identificar as áreas de programa que poderiam ser reduzidas ou eliminadas por completo. O Comitê adotou a Resolução CE152.R7, respaldando o projeto de Plano Estratégico da OPAS 2014–2019.

Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014–2015 (Documentos CE152/11, Rev. 1, CE152/11, Add. I e Add. II)

56. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre a análise do Subcomitê de uma versão preliminar do anteprojeto de programa e orçamento (ver parágrafos 25 a 36 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), observando que havia sido manifestada preocupação quanto ao déficit crônico de recursos da OMS e se havia sugerido que os países das Américas deveriam organizar um esforço regional para negociar uma proporção maior do orçamento da OMS para as Américas e assegurar que a Região recebesse sua alocação completa da OMS. O Subcomitê havia recomendado que a

questão deveria ser levantada pelos Estados Membros das Américas durante a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2013. O Subcomitê havia recomendado que o Comitê Executivo realizasse uma sessão especial para adotar uma resolução sobre o assunto (ver relatório da sessão especial no Anexo D).

57. A Sra. Verónica Ortíz (Assessora, Programa e Orçamento, RSPA) apresentou o projeto de programa e orçamento para 2014–2015, destacando as principais considerações com relação ao orçamento e implicações programáticas do nível de financiamento solicitado. Ela ressaltou que o orçamento para programas teria caráter transitório por várias razões: seria o primeiro a ser operacional no Plano Estratégico 2014–2019 e o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS. Também seria o primeiro orçamento ao qual se aplicariam a nova Política de Orçamento da OPAS⁵ e a nova estrutura de estratificação de prioridades programáticas. Além disso, 2014–2015 era o último biênio antes da data-limite para o alcance dos Objetivos do Milênio e era o biênio durante o qual seriam decididas as metas de desenvolvimento pós-2015.

58. O projeto de orçamento havia sido formulado com base nas tendências históricas, projeções atuais, contexto financeiro mundial e regional e o orçamento da OMS para 2014–2015 (ver parágrafos 181 a 187 abaixo). Um piso do orçamento ordinário de \$1,5 milhão havia sido fixado para cada área de programa. Os fundos restantes seriam alocados de acordo com a Política Orçamentária da OPAS e os critérios acima mencionados, assim como a disponibilidade de contribuições voluntárias flexíveis e não flexíveis, necessidades dos países e análises de déficits. O projeto previa crescimento nominal zero no orçamento ordinário geral. Deste modo, o nível total do orçamento continuaria inalterado como no biênio de 2011–2012: \$285,1 milhões. Como o dólar de Estados Unidos havia perdido consideravelmente poder de compra desde 2011, manter o orçamento neste nível requereria a absorção de aproximadamente \$15,4 milhões. Seria necessário um aumento de 3,1% nas contribuições fixas para compensar a redução de \$6 milhões em receitas diversas com relação ao orçamento para 2012–2013.

59. Havia sido admitido que a contribuição da OMS ao orçamento ordinário da OPAS continuaria sendo a mesma que no biênio anterior; porém, a quantia efetiva não seria fixada até novembro de 2013, quando seria realizado o segundo diálogo financeiro sobre o orçamento da OMS. Qualquer diminuição teria obviamente repercussão sobre o orçamento para programas e planejamento operacional da OPAS. Também se antecipava uma queda nas contribuições voluntárias totais da OPAS e da OMS de aproximadamente 13,5%, o que reduziria a porção voluntária do orçamento ao redor de 7,2%.

60. As reduções do orçamento evidentemente afetariam os programas da Organização, em particular nas novas áreas de programa no Plano Estratégico e indicadores de resultados e metas não diretamente relacionados às metas de impacto. Haviam sido identificadas algumas áreas que potencialmente poderiam ser reduzidas e

⁵ Ver Documento CSP28/7 e Resolução CSP28.R10 (2012).

posteriormente eliminadas. A Repartição finalizaria o projeto de programa e orçamento em colaboração com o Grupo Consultor de Países com base no aporte do Comitê e consultas nacionais sobre o orçamento e o Plano Estratégico de 2014–2019.

61. No debate que se seguiu, os delegados agradeceram os esforços da Repartição para preparar um orçamento que respondia ao Plano Estratégico de 2014–2019 e contemplava as prioridades identificadas pelos Estados Membros, sem deixar de levar em consideração o clima financeiro mundial e regional. Reconheceu-se que o projeto requereria que a Organização absorvesse um aumento de custo de \$15,4 milhões, sendo que parte deste estava fora do seu controle, assim como as dificuldades criadas por esta situação. Contudo, reiterou-se à Repartição a aumentar a eficiência pois isso poderia resultar em redução de custos. Em particular, foi sugerido que maior eficiência poderia ser obtida, evitando-se sobreposição, nos componentes sub-regionais e entre países do gasto no nível nacional e que poderia ser proveitoso encomendar uma avaliação independente da eficiência da cooperação técnica no âmbito sub-regional. Foi incentivado à Repartição a encontrar as áreas que poderiam ser reduzidas ou eliminadas, como sugerido pela Diretora no debate do Plano Estratégico (ver parágrafo 55 acima).

62. Também se reconheceu a diminuição em receitas diversas, mas se considerou que tais reduções não deveriam ser compensadas com o aumento das contribuições fixas. Com respeito à queda prevista nas contribuições voluntárias, incentivou-se a Repartição a examinar os motivos para tal redução e adequar a programação de acordo. Destacou-se a necessidade de assegurar que a Região recebesse sua parte total das contribuições voluntárias da OMS.

63. Vários delegados, observando que muitos países da Região enfrentavam sérias restrições orçamentárias, afirmaram que seus Governos não poderiam aceitar nenhum aumento das contribuições fixas. Ao mesmo tempo, assinalou-se que um aumento de 3,1% não iria requerer um grande esforço por parte de alguns países e se sugeriu que os países que tinham condições, se quisessem, poderiam voluntariamente aumentar as suas contribuições à Organização. Vários delegados salientaram a necessidade de intensificar esforços para arrecadar as contribuições pendentes (ver “Relatório de Arrecadação das Contribuições Fixas”, parágrafos 107 a 110 abaixo). Foi também considerado importante procurar arrecadar as contribuições voluntárias que haviam sido comprometidas mas não pagas. Além disso, sugeriu-se que a Organização poderia estudar as oportunidades de parcerias público-privadas como uma forma de captar recursos para apoiar o trabalho em áreas como prevenção e controle de doenças não transmissíveis.

64. A Sra. Ortíz, respondendo as observações relacionadas ao financiamento para os âmbitos sub-regional e entre países, esclareceu que a cooperação técnica prestada sob o componente sub-regional estava vinculada aos mecanismos sub-regionais de integração, enquanto que o mesmo não ocorria com a cooperação no componente entre países.

65. A Diretora acrescentou que o componente entre países do orçamento provia assessores e atividades que cobriam vários países e havia sido criado como uma forma de aumentar a eficiência e reduzir os custos.

66. Ela reconheceu que alguns, embora não todos, Estados Membros estavam enfrentando restrições financeiras, mas na sua opinião era importante analisar a situação do orçamento em termos relativos: a Repartição estava procurando obter um aumento de \$6 milhões a ser dividido entre todos os Estados Membros, enquanto que, se que aumento não fosse aprovado, a Repartição teria de absorver um total de mais de \$65 milhões. A Repartição, como solicitado, procuraria encontrar maneiras de fazer mais economia, mas não teria como compensar um montante de tal magnitude. Portanto, seria necessário que os Estados Membros começassem considerar maneiras alternativas de assegurar que a Repartição tivesse os recursos de que precisava para realizar o trabalho por eles pedido no novo Plano Estratégico. Também seria necessário começar a examinar as áreas em que atividades poderiam ser reduzidas ou programas eliminados.

67. Solicitou-se à Repartição que preparasse um projeto de resolução considerando uma maior redução do orçamento, com crescimento nominal zero das contribuições fixas dos Estados Membros, de acordo com a tendência geral do debate do Comitê. Os membros do Comitê reconheceram os desafios que o crescimento nominal zero nas contribuições criaria para a Repartição e reconheceram que os Estados Membros deveriam usar de disciplina ao estabelecer as prioridades no Plano Estratégico 2014–2015 e não pedir à Repartição que faça mais do que ele era viável com o financiamento disponível. Julgou-se também necessário começar a identificar áreas de programa nas quais a responsabilidade primária poderia posteriormente ser passada aos Estados Membros, ficando a função da Repartição restrita à capacitação e ao apoio técnico.

68. O Comitê subsequentemente examinou uma versão corrigida do projeto de resolução contido no Documento CE152/11, Add. I, que não permitia aumento das contribuições fixas dos Estados Membros e mostrava as reduções correspondentes das alocações para as diversas categorias de trabalho e áreas de programa. Esta resolução foi adotada pelo Comitê como Resolução CE152.R16. O projeto de resolução estabelecendo as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados (contido no Documento CE152/11, Add. II) foi modificado de acordo e adotado como Resolução CE152.R17.

Proteção Social em Saúde (Documento CE152/12, Rev. 1)

69. O Dr. James Fitzgerald (Gerente de Área Interino, Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária, RSPA), ao apresentar o documento conceitual contido no Documento CE152/12, Rev.1, disse que este documento expunha o diálogo político e social sobre a cobertura universal de saúde e desenvolvimento humano que estava em curso não apenas na Região. Observou que a maioria dos países na Região havia instituído o direito à cobertura universal de saúde e que o gozo deste direito requeria o desenvolvimento de

sistemas que fossem mais integrados e menos fragmentados e segregados e que protegessem as famílias contra a pobreza por causa de despesas catastróficas por conta própria com saúde. Assegurar um conjunto integrado de serviços de saúde de qualidade, a agregação de fundos e a eliminação de taxas de desembolso eram elementos essenciais da proteção social em saúde, um conceito que abarcava o princípio da equidade e poderia fornecer uma estrutura para a formulação de políticas visando assegurar cobertura universal de saúde e melhor acesso a serviços de saúde. O documento conceitual propunha as linhas de ação para fortalecer políticas e regimes jurídicos e promover a proteção social como pedra fundamental da governança de saúde e processos de reforma.

70. O Comitê manifestou apoio ao documento conceitual e recebeu cordialmente a ênfase dada aos determinantes sociais da saúde e à redução da desigualdade. O enfoque baseado em direitos foi também recebido com satisfação. No entanto, foi sugerido que alguns conceitos precisavam ser mais claramente definidos, como o conceito de proteção social em saúde assim como os conceitos de acesso eficaz e oportuno e qualidade de serviços de saúde. Como atenção primária à saúde tinha significados distintos em diferentes países, achou-se que uma definição explícita deste conceito também deveria estar incluída no documento. Diversos delegados ressaltaram a importância de partilhar boas práticas, principalmente com respeito aos enfoques para ampliar o acesso à assistência de saúde e assegurar a cobertura universal. Os delegados da República Bolivariana da Venezuela e do Peru destacaram as experiências de seus países nesse sentido e pediram que fosse incluída uma referência a estas no resumo das experiências dos países no documento conceitual. A Rede Interamericana de Proteção Social foi citada como mecanismo para partilhar boas práticas.

71. Assinalou-se que havia muitas maneiras de proporcionar proteção social em saúde e que os enfoques variavam, dependendo do contexto, sistema de governo e outras particularidades nacionais em cada país. Deste modo, sugeriu-se que deveria ser feita referência no documento conceitual e no respectivo projeto de resolução aos outros enfoques além dos programas de transferência condicional de renda. Enfatizou-se que o apoio técnico e a assessoria em políticas da OPAS deveriam oferecer enfoques adaptados às próprias necessidades e características dos países. Destacou-se a importância de coordenar as atividades da OPAS relacionadas à proteção social em saúde com as da OMS relacionadas à cobertura universal de saúde.

72. Com relação ao projeto de resolução contido no Documento CE152/12, Rev. 1, foram propostas várias alterações refletindo questões levantadas durante o debate. Uma delegada, observando que a resolução pedia que a Repartição elaborasse uma estratégia com base no documento conceitual, solicitou à Repartição que buscasse uma maneira de coletar os dados sobre a implementação desta estratégia sem criar requisitos adicionais de apresentação de informes aos Estados Membros.

73. O Dr. Fitzgerald disse que mais exemplos de boas práticas seriam incorporados ao documento e que a Repartição continuaria coletando, analisando e dividindo informação

sobre as experiências de êxito com os Estados Membros. Em resposta às observações sobre os elementos conceituais no documento, ele observou que a proteção social em saúde e a cobertura universal de saúde eram conceitos totalmente coerentes. O último implicava assegurar que todos os cidadãos teriam acesso a serviços de saúde de qualidade sem incorrer em dificuldades financeiras, enquanto que a proteção social em saúde era a garantia pela sociedade de prestar estes serviços de saúde com base nos princípios de universalidade, solidariedade e equidade. Assim, a proteção social em saúde poderia ser vista com uma forma de alcançar a cobertura universal de saúde.

74. A Diretora disse que a Região poderia se orgulhar dos avanços feitos pelos Estados Membros em reduzir a exclusão social e ampliar a proteção social em saúde, que efetivamente poderia ser alcançado de várias maneiras. A Repartição continuaria promovendo a cobertura universal de saúde e formularia diretrizes políticas gerais relacionadas, mas eram os Estados Membros quem decidiriam, segundo as próprias necessidades e características específicas, os caminhos a seguir para alcançar proteção social e cobertura universal de saúde. A proteção financeira era um integrante da proteção social em saúde, mas o conceito de proteção social era mais amplo e não deveria ser equiparado apenas a medidas como seguro de saúde nacional. Era preciso existir flexibilidade em termos de como assegurar proteção financeira e social e cobertura universal, a ordem cronológica para atingi-los e os serviços de saúde a serem cobertos. Independentemente do conjunto de serviços escolhido, era preciso proporcionar atenção integral, incluindo promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e assistência paliativa.

75. O projeto de resolução deste tema (contido no Anexo A do Documento CE152/12, Rev. 1) foi modificado para incorporar as questões levantadas no debate do Comitê e foi adotado como Resolução CE152.R4.

Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (Documentos CE152/13 e CE152/13, Rev. 1)

76. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) apresentou o projeto do plano de ação contido no Documento CE152/13, observando que este havia sido preparado em consulta com os Estados Membros, organizações da sociedade civil e outros interessados diretos. O projeto de plano cobriria o período de 2013–2019 e basicamente fornecia um guia para implementar a Estratégia para a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis, adotada em 2012 pela Conferência Sanitária Pan-Americana.⁶ Baseava-se em diversas resoluções adotadas pela Assembleia Mundial da Saúde e Órgãos Diretivos da OPAS.

77. O projeto do plano apresentava as doenças não transmissíveis como uma questão de desenvolvimento e propunha um enfoque inclusivo, pangovernamental e de toda a

⁶ Ver Documento CSP28/9, Rev. 1, e Resolução CSP28.R13 (2012).

sociedade. Reconhecia a importância do acesso a tecnologias e medicamentos, que era fundamental para assegurar a prevenção, controle e tratamento de doenças não transmissíveis. O plano se centrava principalmente nas doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, mas também levava em consideração doenças e fatores de risco de importância na Região, como a doença renal crônica (ver parágrafos 102 a 106 abaixo). A meta geral era reduzir a morbidade e mortalidade evitáveis, minimizar a exposição aos fatores de risco, aumentar a exposição aos fatores de proteção e reduzir a carga socioeconômica das doenças não transmissíveis por meio de medidas multissetoriais e de diversos interessados diretos que promoveriam o bem-estar e reduziriam a desigualdade dentro dos países e entre os Estados Membros. O projeto de plano de ação regional compreendia quatro linhas estratégicas de ação e estava alinhado com a Estrutura de Monitorização Global Integral da OMS e Metas para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis e Plano Global de Ação para Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis,⁷ mas introduzia 10 indicadores específicos de Regiões. Havia sido possibilitada flexibilidade para a atualização periódica diante de novas evidências. O projeto do plano também previa a participação dos diversos interessados diretos do setor privado, da sociedade civil e das comunidades em questão.

78. O Comitê recebeu cordialmente o projeto de plano de ação, que foi considerado como sendo uma estrutura sólida para reduzir as doenças não transmissíveis na Região. Os membros do Comitê agradeceram à OPAS por sua liderança neste assunto. Destacou-se a necessidade de um enfoque multissetoriais, pangovernamentais e de toda a sociedade para a prevenção e controle das DNTs e, nesse sentido, sugeriu-se que o papel da OPAS em catalisar e mobilizar os esforços de uma variedade de setores, inclusive os setores privados e não governamentais, deveria receber maior ênfase no plano. Foi também sugerido que, condizente com o plano de ação global da OMS, o plano da OPAS deveria contemplar ações para parceiros internacionais e atores não governamentais como parte de uma resposta multissetorial. O Fórum Pan-Americano para Ação contra DNTs era visto como uma boa plataforma para promover tais ações. Um representante de uma organização não governamental assinalou que vários países careciam de recursos para realizar pesquisa e coletar os dados que seriam necessários para executar certos aspectos do plano e sugeriu que a Organização talvez pudesse considerar reexaminar sua política sobre conflitos de interesses com relação à provisão de financiamento para pesquisa pela indústria de alimentos e outras partes do setor privado.

79. Várias sugestões foram feitas visando um alinhamento mais estreito do plano regional com o plano global de ação e estrutura de monitoramento. Por exemplo, sugeriu-se que a definição de ação multissetorial na nota de rodapé 5 do Documento CE152/13 deveria coincidir com a definição estabelecida pela Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis. Também se sugeriu que o indicador de uso prejudicial do álcool deveria ser um da lista

⁷ Ver Documentos A66/8 e A66/9 da OMS.

dos indicadores acordados pelos Estados Membros da OMS no plano de ação global e estrutura de monitoramento, que por sua vez eram compatíveis com a estratégia global para redução do uso prejudicial de álcool.⁸

80. Embora o alinhamento com o plano de ação global e estrutura de monitoramento fosse considerado muito importante, também se destacou que o plano da OPAS deveria ser adaptado às especificidades da Região. Enfatizou-se a necessidade de adaptar as metas e os indicadores globais às circunstâncias regionais e nacionais e se sugeriu que algumas metas regionais deveriam ser ainda mais ambiciosas que as metas globais correspondentes. Foi salientada a necessidade de indicadores que permitissem a comparação tanto entre países da Região como dentro dos próprios países, assim como a necessidade de maior especificidade em alguns indicadores e definições mais claras de alguns termos e conceitos, inclusive a do “modelo de atenção de afecções crônicas” mencionado na linha de ação estratégica 3. O Delegado de Aruba observou que seu país havia recentemente sediado a Terceira Conferência Pan-Americana sobre Obesidade e solicitou que as recomendações sobre obesidade infantil⁹ que haviam sido feitas como resultado desta reunião fossem levadas em consideração tanto no plano de ação como no projeto de resolução deste tema (contido no Anexo A do Documento CE152/13).

81. Assinalou-se que os indicadores para o plano global de ação ainda estavam sendo definidos através de um processo consultivo previsto para ser encerrado no final de 2013, e se sugeriu que talvez conviesse deixar para serem realizados mais debates e acordos sobre os indicadores para o plano regional depois de acordados os indicadores do plano global.

82. O Dr. Espinal, observando que a Conferência Sanitária Pan-Americana havia solicitado que o plano regional de ação fosse apresentado durante o 52º Conselho Diretor,¹⁰ sugeriu que o Comitê poderia formar um grupo de trabalho para colaborar com a Repartição na elaboração de uma versão revista do projeto do plano a ser apresentada ao Conselho Diretor em setembro. Ele havia tomado nota de todas as sugestões para aprimorar o plano e providenciaria para que fossem levadas em consideração. Com respeito às metas regionais, ele observou que era complicado estabelecer metas em uma região tão diversa como as Américas. As consideráveis diferenças de dimensão entre países eram uma dificuldade em especial, visto que metas medidas em termos de porcentagens, médias ou medianas poderiam não representar a real situação em países pequenos. Porém, faziam-se necessárias metas regionais para que a Repartição e os Órgãos Diretivos pudessem monitorar o progresso e identificar os países que tinham bom progresso e os que precisavam de mais apoio técnico. A Repartição continuaria a

⁸ Ver Resolução WHA63.13 (2010).

⁹ Disponível em:

<http://www.paco.aw/paco3docs/Principal/RECOMMENDATIONS%20OF%20THE%20HIGH%20LEVEL%20MEETING%20ON%20CHILDHOOD%20OBESITY%20PREVENTION%20PACO%20III.pdf>

¹⁰ Ver Resolução CSP28.R13 (2012).

trabalhar com os Estados Membros para identificar as metas apropriadas e aprimorar os indicadores.

83. A Diretora incentivou o Comitê a formar um grupo de trabalho para revisar o plano e preparar um documento preliminar que pudesse servir de base para outras consultas entre os Estados Membros durante os meses precedentes ao Conselho Diretor em setembro.

84. O Comitê decidiu constituir um grupo de trabalho formado por Aruba, Brasil, Canadá, Colômbia, El Salvador, Granada, Jamaica, México e os Estados Unidos, que subsequentemente apresentou uma versão revista do projeto do plano de ação (Documento CE152/13, Rev. 1). A Dra. Jean Dixon (Jamaica), falando como Presidente do grupo de trabalho, resumiu as principais modificações feitas, que incluía ênfase mais explícita às ações e políticas multissetoriais e revisão da definição de enfoques multissetoriais na nota de rodapé 5 para que coincidissem com a definição na Declaração Política da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Doenças Não transmissíveis. Definições técnicas de indicadores específicos para a Região e uma lista de ações globais e regionais seriam adicionadas como apêndices.

85. Referências à Conferência Pan-Americana sobre Obesidade e à questão da obesidade infantil haviam sido incluídas em todo o documento. Um indicador e meta de mortalidade prematura para a Região haviam passado para a Área Estratégica 4. Para cada linha de ação estratégica, foram acrescentadas ações para parceiros intergovernamentais e atores não governamentais. Indicadores haviam sido revisados para alinhá-los mais estreitamente com a estrutura de monitoramento global da OMS respeitando-se a autonomia dos governos nacionais de estabelecer metas nacionais. Também havia sido revisado o projeto de resolução de modo a fortalecer a definição de enfoques multissetoriais. Havia sido feitas também diversas modificações de redação do texto.

86. O Comitê adotou a Resolução CE152.R15, respaldando o projeto de plano de ação. Concordeu-se que outras consultas sobre o documento seriam realizadas nos meses precedentes ao 52º Conselho Diretor em setembro.

Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização (Documento CE152/14)

87. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), salientando a necessidade de constatações sólidas para respaldar o planejamento e a tomada de decisão sobre programas de imunização, explicou que o Documento CE152/14 propunha um enfoque triplo para assegurar que os programas nacionais de imunização tivessem a capacidade necessária de tomada de decisão com base científica. Especificamente, propunha que os Estados Membros deveriam (a) ampliar a base de evidências além de considerações do custo-efetividade, levando em consideração critérios

como equidade e sustentabilidade financeira; (b) institucionalize, por meio de regimes jurídicos, um processo decisório com base científica para a introdução de novas vacinas e (c) integrar e harmonizar os processos de cálculos de custos com o planejamento e programação orçamentária de programas nacionais de imunização. O enfoque se basearia nos avanços obtidos na Iniciativa ProVac com respeito à geração de evidências sobre novas vacinas e permitiria aos países fazer melhor uso dos recursos limitados. Também constituiria um primeiro passo prático e eficaz no sentido de um enfoque para avaliação da tecnologia em saúde e estimularia o desenvolvimento de competências que seriam aplicáveis em outras áreas de programa, como prevenção e controle de doenças não transmissíveis.

88. O Comitê recebeu cordialmente o enfoque proposto, o qual alguns delegados destacaram como sendo condizente com o enfoque que seus países estavam empregando para a tomada de decisão relativa aos programas nacionais de imunização. Manifestou-se apoio em particular à ênfase em outros critérios além do custo-efetividade e à instituição e fortalecimento de grupos consultivos técnicos nacionais em vacinação para melhorar a tomada de decisão fundamentada e com base científica sobre política de vacinação. Também se manifestou apoio para a implementação ampliada da Iniciativa ProVac para melhorar a capacidade de gerar evidências econômicas, em particular para ajudar os países ao pesar os prós e os contras de introduzir novas vacinas caras.

89. Destacou-se a necessidade de levar em consideração as características próprias do país, inclusive carga de morbidade, capacidade do programa de imunização e restrições orçamentárias, e foram sugeridas algumas modificações correspondentes ao projeto de resolução contido no Documento CE152/14. Também foi sugerido que deveria ser acrescentado um subparágrafo ao parágrafo 2 do projeto de resolução, instando a Diretora a dar assessoria em políticas e facilitar o diálogo para fortalecer a governança e a coerência de políticas e evitar influência indevida de conflitos de interesses reais ou em potencial, com o propósito de prevenir qualquer conflito de interesses que pudesse vir a surgir com relação aos “interessados diretos relevantes” mencionados no parágrafo 1.

90. A Dra. Tambini agradeceu aos Estados Membros pelas sugestões úteis e disse que, embora a Região fosse um modelo para o restante do mundo em vacinação, a Repartição acreditava que os programas de imunização poderiam ser fortalecidos ainda mais com a tomada de decisão com base científica e a partilha de experiências entre países dentro e fora das Américas.

91. A Diretora acrescentou que, como as novas vacinas de alto custo tinham o potencial de aumentar substancialmente o custo dos programas nacionais de imunização e assim elevar os custos gerais de saúde, a decisão para incluir uma nova vacina deveria se basear em uma análise de custo-efetividade e custo-benefício. A Repartição havia acumulado considerável experiência nesse sentido e havia criado ferramentas que poderiam ser úteis aos Estados Membros ao tomarem decisões sobre novas vacinas.

92. Ela chamou a atenção dos Estados Membros ao fato de que a Repartição era cada vez mais pressionada a empregar uma abordagem caso a caso para o estabelecimento de preços de vacinas, em particular para as novas vacinas de alto custo, em vez de seguir a política de fixação de preços mais baixos do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Para obter aporte dos Estados Membros sobre a questão, ela pretendia propor que ela fosse colocada na agenda para debate pelos Órgãos Diretivos em 2014.

93. O projeto de resolução contido no Documento CE152/14 foi modificado para refletir as sugestões feitas durante o debate do Comitê e foi adotado como Resolução CE152.R5.

Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas (Documento CE152/15)

94. A Dra. Mariela Licha-Salomón (Assessora Sênior, Apoio Focal de Países, RSPA) traçou a história e a evolução da cooperação entre países na Região, observando que o assunto havia sido debatido pelos Órgãos Diretivos em duas ocasiões anteriores: em 1998, no 20º aniversário do Plano de Ação de Buenos Aires, adotado pela Conferência das Nações Unidas de 1978 sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, e em 2005, quando o Conselho Diretor havia debatido um documento sobre a cooperação técnica entre países da Região, insistindo na cooperação triangular entre a Repartição e os Estados Membros.

95. Ela assinalou que o conceito de cooperação técnica entre países havia ganhado ímpeto havia alguns anos e continuado a evoluir. Era em geral conhecido como “cooperação Sul-Sul” e era muito mais que mera cooperação técnica. A Repartição estava, portanto, procurando estabelecer uma política para a Organização que refletisse o contexto atual. A política visava a incentivar os Estados Membros a procurar ativamente e partilhar soluções para resolver de modo eficaz e sustentável desafios e problemas de saúde comuns, como a cobertura universal de saúde e a abordagem dos determinantes sociais de saúde. Ele delineava papéis e responsabilidades claros para a Repartição e os Estados Membros, descritos no Documento CE152/15.

96. No debate do Comitê sobre este tema, os delegados agradeceram à Repartição a sua liderança ao facilitar a cooperação entre países na Região e manifestaram apoio à política proposta. Manifestou-se particular apoio à partilha de conhecimento e boas práticas. Assinalou-se que existia hoje considerável conhecimento especializado de saúde pública nos países da Região que poderia ser aproveitado para melhorar a efetividade das iniciativas de saúde e a capacidade no âmbito nacional. Foi enfatizado que a política deveria procurar assegurar a sustentabilidade e a sinergia das atividades realizadas na estrutura da cooperação entre países e capacitar instituições nacionais, que se considerava ser o objetivo supremo de todas as atividades de cooperação. Também se enfatizou que as atividades de cooperação contempladas na política deveriam estar alinhadas com as prioridades determinadas no Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e contribuir

diretamente para o alcance dos objetivos do plano. A este respeito, vários delegados destacaram a importância da cooperação referente aos determinantes sociais da saúde e ao Regulamento Sanitário Internacional (2005).

97. Considerou-se que o papel da Repartição deveria ser facilitar e ajudar a coordenar e otimizar as oportunidades para cooperação entre países. Ao mesmo tempo, assinalou-se que as iniciativas de cooperação estavam em andamento nos moldes das iniciativas sub-regionais de integração como União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA), e se ressaltou que as atividades da OPAS deveriam complementar, não duplicar, estes esforços. Destacou-se também a necessidade de promover o alinhamento das agendas de saúde de organizações sub-regionais com a da OPAS para fortalecer a cooperação.

98. Pediram-se mais informações sobre os projetos de cooperação mencionados no parágrafo 11 do documento conceitual. Foi sugerido que tanto o documento como o projeto de resolução sobre este tema (contido no Anexo A do Documento CE152/15) deveriam fazer referência à Resolução CD50.R13 (2010), com respeito às instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica e que o projeto de resolução deveria solicitar aos Estados Membros a identificar as instituições nacionais que potencialmente poderiam participar de iniciativas de cooperação técnica com países da Região em questões específicas. Dado o amplo alcance da cooperação proposta no documento conceitual, sugeriu-se que seu título e o do projeto de resolução deveriam ser mudados para “Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas”. Assinalou-se que a adoção da resolução implicaria em requisitos de apresentação de informes, e se instou a Repartição a encontrar uma maneira de coletar os dados para esta finalidade sem representar uma carga adicional aos Estados Membros.

99. A Dra. Licha-Salomón disse que as informações sobre os projetos mencionados no documento estavam disponíveis no site da OPAS.¹¹ Ela concordou que era importante promover a cooperação com e através das instituições nacionais em colaboração com a OPAS, mas destacou que o objetivo da política proposta era incentivar a cooperação e parcerias entre uma ampla variedade de atores, inclusive associações profissionais e outras organizações não governamentais que atuavam na área de saúde. Ela assegurou ao Comitê que a Repartição continuaria com a cooperação com as organizações sub-regionais e com as redes de instituições. Como exemplo deste último, ela observou que a OPAS havia promovido a formação de redes de laboratórios para ajudar os países do Caribe a atender os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

100. A Diretora disse que estava claro que os Estados Membros desejavam ver um processo de cooperação dinâmico que melhoraria a cooperação técnica da Repartição,

¹¹ Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2128&Itemid=1850&lang=en

tanto em termos de excelência técnica como de alcance, e que contribuiria para o fortalecimento institucional e a capacitação dos Estados Membros e assim catalisaria o desenvolvimento da saúde na Região. Como havia sido assinalado, havia-se acumulado considerável conhecimento e experiência nos Estados Membros e era importante aproveitar os recursos disponíveis no âmbito nacional. Com esse fim, a Repartição empreenderia um mapeamento do conhecimento especializado nacional e implantaria um mecanismo para adequar este conhecimento às necessidades de cooperação dos Estados Membros. No entanto, isso requereria apoio dos Estados Membros para tornar as suas necessidades conhecidas e identificar as instituições nacionais aptas a prestar cooperação. De modo semelhante, como a Repartição nem sempre estava a par das iniciativas e oportunidades de cooperação que ocorriam no contexto de grupos e organizações sub-regionais, ela dependeria dos Estados Membros para manter-se informada.

101. O projeto de resolução foi revisado para incorporar as diversas questões levantadas no debate e ele foi adotado como Resolução CE152.R13.

Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central (Documento CE152/25)

102. O Dr. James Fitzgerald (Diretor de Área Interino, Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária, RSPA) observou que a Repartição havia preparado o documento conceitual contido no Documento CE152/25 a pedido de El Salvador e outros de Estados Membros. O documento propunha uma série de ações para responder à doença renal túbulo-intersticial crônica, uma forma de doença renal cuja etiologia ainda não havia sido determinada com certeza, embora vários estudos houvessem encontrado associações com fatores ambientais e ocupacionais. A doença ocorria com maior frequência nos países centro-americanos onde havia causado mortalidade elevada, principalmente em El Salvador, Guatemala e Nicarágua. No entanto, a doença não estava confinada à América Central, as taxas no Peru, por exemplo, eram também altas. O documento apresentava os antecedentes da doença, descrevia seu impacto nos serviços de saúde e nas populações acometidas e destacava a necessidade de ação urgente para procurar resolvê-lo. O documento conceitual e o respectivo projeto de resolução propunham um enfoque para que isso fosse feito de uma perspectiva de saúde pública voltada à equidade.

103. Os membros do Comitê Executivo reconheceram a gravidade do problema e receberam com satisfação a atenção dispensada pela OPAS. Reconheceu-se que, embora aparentemente a doença fosse muito prevalente na América Central atualmente, outros países eram afetados e o problema poderia ter alcance regional se não fossem tomadas medidas com rapidez. Dada a falta de conhecimento sobre as causas e extensão da doença, era prioridade absoluta a pesquisa. O fortalecimento dos sistemas de saúde para permitir-lhes combater a doença de modo eficaz era também visto como sendo essencial. Sugeriu-se que estas prioridades poderiam ser abordadas na estrutura do plano de ação para doenças não transmissíveis (ver parágrafos 76 a 86 acima).

104. O Dr. Fitzgerald concordou que era fundamental pesquisa para identificar com precisão as causas da doença e determinar qual era a melhor forma de enfrentá-la. Ele enfatizou que era necessário um enfoque holístico e sistêmico abrangendo vigilância assim como diagnóstico, tratamento e atenção.

105. A Diretora disse que a doença já acometia uma população considerável nas Américas e o seu alcance poderia ir além da sub-região centro-americana. Dado o impacto da doença em termos tanto da contribuição à morbidade como do custo aos sistemas de saúde, ela acreditava que era necessária ação específica para combatê-la. Não seria suficiente incluí-la como uma das questões a serem abordadas no plano de ação para doenças não transmissíveis. No entanto, o exato papel da OPAS deveria ser identificado. A Organização não conseguiria empreender sozinha toda a pesquisa e coleta de evidências necessárias. Teria de atuar junto com outros parceiros e interessados diretos para esclarecer o perfil epidemiológico da doença.

106. O projeto de resolução contido no Anexo A do Documento CE152/25 foi modificado para dar maior ênfase à necessidade de pesquisa e foi adotado como Resolução CE152.R14. Pediu-se à Repartição que informasse aos Órgãos Diretivos anualmente sobre a implantação da resolução.

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições (Documentos CE152/16, Rev. 1, e Add. I)

107. O Sr. Michael Lowen (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA), observando que o Documento CE152/16, Rev. 1 e Add. I, trazia informações sobre as contribuições fixas até 10 de junho de 2013, informou que, desde então, a Repartição havia recebido outra contribuição no valor de \$18.683 da Costa Rica. Como resultado da estratégia da Repartição de aumentar a taxa de arrecadação de contribuições fixas e o compromisso demonstrado por parte dos Estados Membros com o trabalho da Organização, 92% dos pagamentos em atraso haviam sido pagos, restando um saldo a pagar de \$2,4 milhões. Nenhum Estado Membro estava atualmente sujeito às restrições de voto contempladas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

108. Treze Estados Membros haviam pagado integralmente as suas contribuições de 2013. Porém, a arrecadação das contribuições do ano atual era de somente \$14,8 milhões, 13,9% do total devido para 2013. Como resultado, a Repartição havia sido obrigada a usar aproximadamente \$6 milhões em fundos do Fundo de Capital de Giro e outros recursos internos de capital para financiar a execução do orçamento ordinário. Os desembolsos do orçamento ordinário eram em média de cerca de \$7,5 milhões por mês, com desembolsos até o momento de \$38,1 milhões.

109. A Diretora afirmou que, na metade do ano civil, a Repartição havia tido de recorrer a empréstimos internos para cumprir com suas obrigações, o que representava em uma situação difícil e colocava em risco a execução de programas técnicos. Ela agradeceu aos Estados Membros que haviam pagado suas contribuições fixas para o ano e apelou aos que ainda não haviam efetuado pagamentos para 2013 que tomassem todas as possíveis providências.

110. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE152.R1, agradecendo os Estados Membros que haviam efetuado os pagamentos para 2013 e anos anteriores e reiterando aos outros Estados Membros a pagar as contribuições não pagas o mais breve possível.

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012 (Documento oficial 344)

Relatório Financeiro do Diretor

111. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre a análise por parte do Subcomitê de uma versão preliminar não auditada do Relatório Financeiro (ver parágrafos 59 a 67 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), observando que o Subcomitê havia solicitado dados comparativos de gastos orçados e efetivos em 2012 e 2011.

112. O Sr. Michael Lowen (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) apresentou os pontos principais do Relatório Financeiro do Diretor, o qual revelava que a situação financeira da Organização continuava sendo boa, embora enfrentasse alguns grandes desafios, em particular o clima econômico global e o financiamento de obrigações de benefícios pós-emprego a longo prazo. A receita total consolidada para 2012 havia sido de \$978,6 milhões, um aumento de 17% em relação a 2011. Este aumento foi principalmente devido a um aumento substancial da receita dos fundos de compras da Organização, principalmente do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. As contribuições fixas voluntárias da OPAS também haviam aumentado em \$19,3 milhões, ou 10% em relação a 2011. A receita do orçamento ordinário para 2012 havia sido de \$137,6 milhões, comparados a \$138,9 milhões em 2011. Este total incluía \$99,8 milhões em contribuições fixas para OPAS e receitas diversas e \$37,8 milhões em fundos da OMS para a Região das Américas.

113. A baixa taxa de juros global contínua havia reduzido de maneira significativa os juros obtidos na carteira de investimentos da Organização e, como resultado, as receitas diversas haviam sido de somente \$3,3 milhões, \$1 milhão menos que em 2011 e \$2,7 milhões abaixo dos \$6 milhões orçados para o ano. O clima econômico global em geral e as taxas de juros em particular continuavam a ser um obstáculo para cumprir com as expectativas de receitas diversas da Organização. O Fundo de Capital de Giro extraído abaixo por \$5 milhões devido ao déficit bienal orçamentário.

114. Os gastos consolidados haviam alcançado \$969,7 milhões em 2012, incluindo gastos com fundos de compras, Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI). Os gastos para as atividades de compras em nome dos Estados Membros haviam sido de \$547 milhões deste total. Em 31 de dezembro de 2012, os gastos com repatriação, rescisão de contrato e obrigações de benefícios de longo prazo com seguro médico pós-serviço haviam sido de \$318,5 milhões, sendo a maior parte gasta com seguro médico pós-serviço: \$305,5 milhões. A Repartição forneceria mais informação sobre os planos para financiar as obrigações de benefícios de longo prazo em sessões futuras dos Órgãos Diretivos.

115. No debate que se seguiu, assinalou-se que a receita total da OPAS de \$978,6 milhões em 2012 havia sido a maior da sua história. Também se assinalou que a maior porção desta receita havia vindo de atividades de compras e que este financiamento poderia ser bastante variável, o que fragilizava a situação de financiamento da Organização.

116. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA) explicou que a receita de fundos de compras era usada somente para a compra de vacinas e de outras provisões de saúde pública em nome dos Estados Membros. Assim, a variação desta receita não afetava significativamente a capacidade da Repartição de implementar os programas cobertos no orçamento para programas.

117. A Diretora disse que ela não queria que os Estados Membros ficassem com a falsa impressão de que a OPAS tinha um orçamento próximo a um bilhão de dólares. Era importante reconhecer que uma enorme parte desta quantia era recebida e gasta em compras em nome de Estados Membros e, embora tais atividades de compras fosse um aspecto importante da cooperação técnica da Organização com os Estados Membros, elas não faziam parte do programa de cooperação técnica per se e os fundos recebidos para esta finalidade não eram parte do orçamento ordinário. Este orçamento era muito menor e a porção do orçamento ordinário derivada das contribuições fixas era menor ainda. A maior parte do restante tinha de ser arrecadada na forma de contribuições voluntárias. Além disso, a porção de receitas diversas do orçamento ordinário continuava encolhendo por causa da situação financeira mundial. Aí estava o ponto fraco do orçamento.

Relatório do Auditor Externo

118. A Sra. María Dolores Genaro Moya (Tribunal de Contas da Espanha), apresentando o relatório do Auditor Externo, informou que após visitas à sede da OPAS e às representações nos países da OPAS/OMS no Brasil e na Costa Rica, assim como uma análise minuciosa dos demonstrativos financeiros consolidados da Organização para 2012, o Auditor Externo havia preparado os documentos que compunham o relatório do Auditor Externo contido no Documento Oficial 344. As conclusões mais importantes do trabalho do Auditor Externo estavam no relatório detalhado sobre a auditoria dos demonstrativos financeiros de 2012 e parecer do Auditor Externo. Além disso, a equipe

de auditoria externa havia preparado cartas de confirmação sobre os demonstrativos da situação financeira do CAREC e CFNI, que haviam sido desativados e suas funções transferidas à Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), assim como um Relatório Provisório à Administração e relatórios sobre as visitas às representações nos países na Costa Rica e no Brasil. Ela tinha o prazer de informar que o Auditor Externo havia publicado um parecer sem reservas de auditoria sobre os demonstrativos financeiros da Organização.

119. O Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila (Tribunal de Contas da Espanha), destacando as cifras do Relatório Detalhado, observou que a Organização havia informado um excedente líquido de \$8 milhões e 875 mil em 2012. Embora houvesse havido um crescimento dos saldos em capital de 54%, aumentando para \$160,9 milhões, o saldo das contas a receber havia diminuído, em grande parte decorrente de uma significativa redução das contribuições voluntárias a receber. Esta situação, aliada às crescentes obrigações de benefícios para pessoal na ativa e aposentado e aos baixos rendimentos contínuos dos investimentos, poderia representar grande dificuldade financeira a longo prazo.

120. O relatório continha diversas recomendações que visavam a atenuar estas dificuldades, inclusive medidas para reduzir o risco das taxas de câmbio. Entre as recomendações específicas com o intuito de assegurar supervisão e operações financeiras mais robustas estavam uma análise do uso das cartas de acordo, licitação aberta para contratos de serviço a fim de garantir maior competitividade, habilitação contínua na aplicação das IPSAS e os princípios de contabilidade baseada em acumulação de contas, atualização do E-Manual e criação de uma unidade exclusiva para gestão de riscos. Dada a importância do novo Sistema de Informação para Gestão da RSPA (ver parágrafos 188 a 196 abaixo), foi também recomendado que deveria ser feito esforço máximo para alcançar os objetivos da fase de pré-implementação dentro do programado, que o pessoal deveria ser informado do progresso e receber treinamento sobre o novo sistema e que deveriam ser estabelecidos indicadores e metas para monitorar o progresso da implementação. A equipe de auditoria também havia examinado as medidas tomadas com relação às recomendações feitas pelo Auditor Externo anterior e havia determinado que a maioria delas havia sido, ou estava sendo, implementada.

121. O Comitê Executivo felicitou o Tribunal de Contas da Espanha por finalizar com êxito a sua primeira auditoria para a Organização e agradeceu aos membros da equipe de auditoria pelo sólido trabalho. Os membros do Comitê receberam com satisfação o parecer sem reservas da auditoria, que era visto como evidência da transparência e responsabilidade da Repartição, e endossaram as recomendações do Auditor Externo. Incentivou-se a Repartição a considerar as recomendações como uma oportunidade para melhorar a eficiência e a eficácia do funcionamento da OPAS; melhorar seus sistemas, processos e procedimentos; e melhorar sua administração, controles interno e transparência. Os delegados chamaram atenção, em particular, às recomendações sobre o

risco das taxas de câmbio, a habilitação do pessoal nas IPSAS, cartas de acordo, cursos e seminários, contratos com fornecedor único, exclusivo e o Sistema de Informação para Gestão da RSPA e a estrutura de gestão de riscos corporativos. Com relação a este último, reiterou-se à Repartição a considerar as recomendações referentes ao cumprimento do cronograma para a implementação do sistema e a necessidade de assegurar recursos humanos suficientes com a competência necessária para supervisionar a implementação. Sugeriu-se que um ponto focal deveria ser designado para esta finalidade.

122. Com respeito aos contratos com fornecedor único, exclusivo, pediu-se esclarecimentos sobre as razões para a forte dependência da Repartição em tais contratos. Também se solicitou esclarecimento sobre as razões para a elevação de 14,9% nos custos de pessoal e de deslocamentos. Incentivou-se a Repartição a usar as tecnologias de comunicação para reduzir a necessidade de deslocamento. Tomou-se nota das observações do Auditor Externo com respeito à redução das contas a receber relacionadas às contribuições voluntárias, e se instou a Repartição a ajustar as suas atividades para garantir que seriam plenamente financiadas com a receita disponível. Ela foi também instada a melhorar os próprios controles internos para assegurar que estivesse sendo feito ótimo uso das contribuições voluntárias e que elas não estavam sendo devolvidas aos doadores porque falta de implementação completa dos projetos. Considerou-se que isso era especialmente importante se a Organização estava tendo de lidar com a redução das contribuições voluntárias. Pediu-se à Repartição que disponibilizasse aos Estados Membros o plano para cumprir com as obrigações de benefícios de longo prazo com boa antecedência ao 52º Conselho Diretor.

123. O Sr. Lowen assegurou ao Comitê que a Repartição estava esforçando-se continuamente por melhorar seu trabalho e, com esse fim, certamente implementaria as recomendações do Auditor Externo. Algumas delas já estavam sendo contempladas: o Comitê de Investimentos da Repartição estava estudando maneiras de reduzir o risco das taxas de câmbio, as políticas sobre cartas de acordo e cursos e seminários estavam sendo examinados, o pessoal de representações nos países estava recebendo formação em contabilidade patrimonial e aplicação das IPSAS, o E-Manual estava sendo revisado com especial atenção à incorporação de novas políticas e procedimentos relacionados à implementação do novo Sistema de Informação para Gestão da RSPA.

124. O Sr. Birmingham, em resposta às perguntas sobre contratos com fornecedor único, exclusivo, explicou que mais da metade dos contratos de serviço realizados em 2012 havia sido contratos nos quais o preço já havia sido estabelecido mediante um acordo de longo prazo ou por valores abaixo do valor limiar de \$5.000 que não requeriam licitação pública. Para os contratos com valores superiores, a Repartição procurava sempre fazer licitações públicas; porém, dado o caráter altamente especializado dos serviços técnicos requeridos pela OPAS, com frequência era difícil ou impossível encontrar mais de um fornecedor. Com relação à elevação dos custos de pessoal, eles

eram decorrentes em grande parte ao custo do preenchimento de vagas aprovado pelos Estados Membros para ajudar a financiar a implementação do projeto do Sistema de Informação para Gestão da RSPA.¹²

125. A Diretora agradeceu aos membros da equipe de auditoria externa por seu relatório e valiosas recomendações e afirmou que a Repartição trabalharia para continuar a realizar melhorias em todas as áreas destacadas pelos auditores. Ela acreditava que a OPAS havia feito considerável progresso ao longo dos anos para melhorar sua gestão e responsabilidade e que estava fazendo um trabalho melhor nesse sentido que a maioria dos organismos das Nações Unidas. Contudo, sempre era possível melhorar. A Repartição já estava tomando medidas quanto algumas das recomendações do Auditor Externo e até setembro teria um plano de ação completo para procurar resolver cada uma delas.

126. O Comitê tomou conhecimento dos relatórios.

Relatório do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (Documento CE152/17)

127. O Sr. David O'Regan (Interventor Geral, Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, RSPA), destacando os pontos principais do relatório, disse que os parágrafos 1 a 11 abordavam o alcance geral do trabalho de assessoria independente do Escritório, inclusive seus recursos; os parágrafos 12 e 13 descreviam as maneiras nos quais o Escritório coordenava seu trabalho com o do Auditor Externo e do Escritório de Serviços de Supervisão Interna da OMS; os parágrafos 14 a 31 resumiam os resultados e as recomendações de auditorias temáticas e das auditorias das representações nos países e Centros Pan-Americanos realizadas durante o ano; os parágrafos 32 a 39 examinavam outros aspectos do trabalho do Escritório e a evolução deste trabalho, inclusive a preparação de um anteprojeto de política de avaliação alinhada à política de avaliação da OMS mas adaptada às circunstâncias da RSPA; os parágrafos 41 a 44 examinavam as medidas tomadas para implementar as recomendações prévias do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação; e os parágrafos 45 a 50 expunham o parecer geral do Escritório sobre o ambiente de controle interno e traziam algumas recomendações gerais para a melhoria.

128. O Comitê manifestou agradecimento pelo trabalho do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação e reiterou para que fosse feita a rápida implementação de todas as recomendações contidas no relatório. Uma delegada perguntou em quais circunstâncias a Repartição poderia optar por não implementar uma recomendação do IES e sugeriu que os Estados Membros deveriam ser informados das razões para esta decisão por parte da Repartição. Pediu-se esclarecimento do novo enfoque colaborativo para as avaliações, em particular se haveria um programa de trabalho anual para

¹² Ver Documento CD50/7 e Resolução CD50.R10 (2010).

avaliações e que grau de autoridade o Escritório teria ao selecionar as avaliações a serem conduzidas.

129. O Sr. O'Regan explicou que o IES havia realizado anteriormente duas avaliações por ano. Sob o novo enfoque, o Escritório procuraria consolidar e interpretar um número muito maior de avaliações que já estavam sendo realizadas por diversos atores dentro da Repartição, visando a obter ensinamentos. Esta mudança era semelhante a uma anteriormente realizada pela OMS. Quanto ao papel do Escritório ao selecionar as avaliações a serem conduzidas, o anteprojeto de política de avaliação conferia à administração a autoridade de comissionar avaliações; o papel do IES seria o de extrair e consolidar as informações e fazer relatórios à administração.

130. Nas raras ocasiões em que a Repartição optasse por não aceitar uma recomendação do IES, o Escritório examinaria a questão com a administração e, se não se pudesse chegar a um acordo, o IES também abandonaria a recomendação. Os Estados Membros seriam informados de tais casos nos relatórios anuais do Escritório. Ele se comprometeu a incluir em relatórios futuros mais informações sobre as razões para não aceitação de recomendação.

131. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA), observando que a única recomendação não aceita em 2012 se referia ao método de cálculo da ajuda de custo diária paga ao pessoal em viagem de serviço, disse que a prática da Repartição era reembolsar 100% do custo efetivo de acomodação, contanto que este valor não excedesse o limite máximo estabelecido pelas Nações Unidas. Com este método economizava-se mais de \$250 mil ao ano e, portanto, a Repartição se dispunha a mantê-lo, em vez de pagar um valor bruto diário, como era a prática em muitos outros organismos.

132. A Diretora disse que, embora o IES realizasse as suas atividades de maneira independente, a administração trabalhava estreitamente com o Escritório, solicitando orientação contínua e valorizava muito a assessoria recebida. Esta relação de trabalho era importante para que se pudesse procurar resolver as questões à medida que elas surgissem. No que se referia ao novo enfoque às avaliações internas, a Repartição estava estudando maneiras de assegurar que as avaliações fossem mais objetivas e que fornecessem mais informações que pudessem ser usadas para realizar melhorias programáticas e de gestão.

133. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Modificações do Regulamento Financeiro (Documento CE152/18)

134. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado várias modificações propostas para o Regulamento Financeiro (ver parágrafos 68 a 71 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), inclusive uma que permitiria que fossem sacados

fundos do orçamento bienal até três meses após o fim do biênio para pagar pelo trabalho contratado para aquele biênio. Havia sido explicado que as emendas propostas tinham o intuito de resolver um problema contábil que surgia quando serviços ou atividades iniciadas em um biênio somente eram finalizadas no biênio seguinte. Sem o mecanismo proposto de transferência, o valor contratual total teria de ser pago com o orçamento para o novo biênio, reduzindo desse modo os recursos disponíveis para o plano de trabalho daquele biênio.

135. O Comitê adotou a Resolução CE152.R8, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse as modificações propostas ao Regulamento Financeiro.

Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros (Documento CE152/19)

136. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), informando sobre o debate do Subcomitê sobre este tema (ver parágrafos 72 a 80 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), disse que o Subcomitê havia apoiado o aumento proposto, mas que alguns membros haviam questionado se ele era suficiente para evitar subsídio das atividades de compras da Organização com verbas do orçamento ordinário. O Subcomitê havia recomendado que o Comitê Executivo aprovasse a mudança proposta, mas também havia recomendado que o assunto deveria ser reconsiderado em 2015.

137. A Sra. Florence Petizon (Gerente de Área, Compras e Gestão de Provisões, RSPA), destacando os muitos benefícios estratégicos dos mecanismos de compras da OPAS, observou que estes benefícios tinham um custo operacional e de pessoal de aproximadamente \$12 a 14 milhões por biênio. Com base nas projeções e padrões históricos, a atual taxa de 3,5% cobrada por estes serviços geraria \$5 milhões por biênio, deixando um déficit crítico de \$7 a 9 milhões, que estavam atualmente recebiam subsídio cruzada do orçamento ordinário. O aumento proposto de 0,75% sanaria bem este déficit, possibilitando a autossustentabilidade dos fundos de compras. Também permitiria capacitar pessoal em áreas como planejamento de demanda, gerenciamento operacional e gestão de qualidade; melhorar as comunicações com as autoridades nacionais, serviços alfandegários e agências reguladoras; melhorar o controle do desempenho de fornecedores e forjar alianças estratégicas e parcerias com os atores principais.

138. No debate que se seguiu, ressaltou-se que as atividades financiadas com recursos voluntários e outros recursos extraorçamentários não deveriam ser desproporcionalmente subsidiadas com fundos do orçamento ordinário. O aumento proposto foi bem recebido, mas se manifestou preocupação que talvez não fosse suficiente e apoiou-se uma análise subsequente do encargo em 2015 e análises periódicas posteriormente. Pediu-se à Repartição que notificasse os Estados Membros com antecedência de qualquer futuro

aumento proposto para que este pudesse ser ajustado aos orçamentos nacionais para imunização.

139. A Sra. Petizon concordou que o aumento era discreto comparado com as taxas cobradas por outras organizações, mas assegurou ao Comitê que ele possibilitaria que as atividades de compras da Organização fossem autossustentáveis no momento. Ela asseguraria que os Estados Membros fossem informados oportunamente de futuros aumentos.

140. A Diretora reconheceu que o aumento era mínimo e disse que ela monitoraria a situação para assegurar que os fundos de compras fossem autossuficientes. Tanto o Fundo Estratégico como o Fundo Rotativo estavam atualmente sendo avaliados com o objetivo de simplificar os processos administrativos e proporcionar maior eficiência e, conseqüentemente, economia.

141. O Comitê adotou a Resolução CE152.R3, respaldando o aumento proposto.

Situação dos Projetos Financiados pela Conta Especial da OPAS (Documento CE152/20)

142. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) resumiu a consideração do Subcomitê sobre este tema (ver parágrafos 81 a 85 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR) e informou que o Subcomitê havia respaldado a proposta da Repartição de transferir os saldos não usados no valor de \$93 mil dos projetos 3.A e 3.C para o projeto 3.D, a segunda fase do projeto para modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA.

143. A Sra. Verónica Ortíz (Assessora, Orçamento para Programas, RSPA), recebeu com satisfação o apoio do Subcomitê da transferência proposta e observou que Documento CE152/20 indicava a situação de todos os projetos até 30 de abril de 2013.

144. O Comitê adotou a Resolução CE152.R6, aprovando a transferência proposta dos fundos.

Plano Mestre de Investimentos de Capital (Documento CE152/21)

145. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre a análise do Subcomitê sobre este tema (ver parágrafos 86 a 93 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), observando que, em resposta a uma pergunta de um delegado, o Subcomitê havia sido informado de que não se antecipavam outras verbas por parte da OMS para gastos no Subfundo de Manutenção e Melhorias de Imóveis e no Subfundo de Tecnologia da Informação.

146. O Sr. Edward Harkness (Gerente, Operações de Serviços Gerais, RSPA) recapitulou o histórico do Fundo Mestre de Investimentos de Capital e destacou as

principais atividades realizadas sob o Plano Mestre de Investimentos de Capital durante o primeiro ano do biênio de 2012–2013 e as atividades planejadas para 2014–2021, o prazo restante do Plano de 10 anos. Ele assinalou que, na área da tecnologia da informação, os equipamentos e o software precisariam de constante manutenção, consertos e reposição para garantir que a Repartição pudesse realizar as suas funções de comunicação. Também era preciso manter áreas de escritórios seguras e protegidas na Sede e nas representações nos países. A Repartição trabalhou estreitamente com os administradores das representações nos países para identificar e projetar gastos para melhorias e reparos necessários durante um período de 10 anos. Entre os avanços dignos de menção nesta área, descritos no Documento CE152/21, estavam o trabalho contínuo na nova representação no Haiti, que se acreditava estaria pronta para uso em dezembro de 2013. Esta instalação substituiria o escritório destruído no terremoto de 2010 e havia sido paga em conjunto pela OMS e OPAS. A OMS também havia fornecido uma verba para permitir que a Repartição fizesse uma avaliação de todo o patrimônio de propriedade da OPAS para o planejamento dos reparos necessários nos próximos 10 anos.

147. No debate do Comitê sobre este tema, um delegado pediu confirmação de que não se antecipavam outras verbas por parte da OMS e solicitou mais informações sobre as fontes de financiamento para a Estratégia de Tecnologia da Informação da Organização. Um outro delegado sugeriu que os futuros relatórios sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital deveriam incluir informação sobre os fontes do financiamento para os diversos gastos.

148. O Sr. Harkness disse que a OPAS havia recebido \$500 mil da OMS em 2013 para realizar a avaliação dos imóveis que ele havia mencionado; não se antecipavam outras verbas durante o ano. Outra fonte de financiamento para os investimentos em imóveis havia sido o Fundo do Excedente das IPSAS. Este capital seria usado estrategicamente para explorar a possibilidade de economia que poderia ser feita com, por exemplo, a construção de um edifício para receber uma representação em um país em vez de usar continuamente propriedades com locação cara. Como solicitado, os futuros relatórios incluiriam informação mais detalhada sobre as fontes de financiamento e o pensamento estratégico dos investimentos planejados.

149. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA), fornecendo mais informações sobre as fontes de financiamento de gastos de capital e investimentos, explicou que o Fundo Mestre de Investimentos de Capital era habitualmente financiado com quaisquer excedentes ao final de um biênio. Ao final do biênio de 2010–2011, também haviam sido transferidos ao Fundo Mestre de Investimentos de Capital fundos da Conta do Excedente de IPSAS, que havia sido criada em 2012 com a verba restante após a implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público.¹³ Além disso, a Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012 havia aprovado a criação do

¹³ Ver Resolução CSP28.R16 (2012).

Subfundo Estratégico Rotativo de Gestão de Imóveis,¹⁴ com o objetivo de permitir à Repartição aproveitar precisamente o tipo de oportunidade que havia sido mencionada pelo Sr. Harkness. Como observado, a OPAS também recebeu financiamento do Subfundo para a Gestão de Bens Imóveis da OMS.

150. A Diretora acrescentou que garantir a segurança do pessoal em todos os locais da Organização, de acordo com a política de segurança das Nações Unidas, era prioridade, assim como a avaliação e modernização contínuas dos sistemas existentes de tecnologia da informação. Ela assegurou ao Comitê que a Repartição examinaria e priorizaria os gastos de capital necessários e asseguraria transparência e responsabilidade no uso dos fundos para esta finalidade.

151. O Comitê Executivo tomou conhecimento do relatório.

Assuntos de Pessoal

Modificações do Regulamento do Pessoal da RSPA (Documento CE152/22)

152. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) resumiu as deliberações do Subcomitê sobre este tema (ver parágrafos 94 a 99 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR) e informou que o Subcomitê havia recomendado que o Comitê Executivo confirmasse as emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA formuladas no Documento CE152/22. Ele observou que o Subcomitê havia sido informado que medidas relacionadas a várias recomendações da Comissão de Administração Pública Internacional haviam sido postergadas até o recomeço da Sexagésima Sétima Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas em início de 2013 e que se estas recomendações fossem adotadas antes de junho de 2013, a Diretora apresentaria as modificações correspondentes do Regulamento de Pessoal ao Comitê Executivo para confirmação.

153. A Sra. Kate Rojkov (Gerente de Área, Gestão de Recursos Humanos, RSPA) fez um resumo das emendas do Regulamento do Pessoal, explicando que elas tinham o intuito de manter a uniformidade com o Regulamento do Pessoal da OMS e exprimir boas práticas em gestão de recursos humanos. Outras emendas estavam sendo feitas em conformidade com as decisões tomadas pela Sexagésima Sétima Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. Porém, a Assembleia Geral não havia aprovado as modificações propostas na remuneração de pessoal nas categorias profissionais e superiores, de maneira que não havia emenda recomendada a este respeito. As implicações do aumento da idade de aposentadoria para novos participantes do Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas ainda estavam sendo examinadas e a Repartição aguardaria uma decisão pela Assembleia Geral das Nações Unidas antes de propor outras emendas.

¹⁴ Ver Resolução CSP28.R17 (2012).

154. A Diretora disse que a Associação do Pessoal havia sido consultada sobre as emendas ao Regulamento do Pessoal e, embora houvesse demonstrado inicialmente insatisfação com algumas das modificações propostas, chegou-se a um consenso após consultas e a Associação agora apoiava plenamente as emendas.

155. O Comitê adotou a Resolução CE152.R11, confirmando as emendas ao Regulamento do Pessoal, como exposto no Documento CE152/22.

Estatísticas de Pessoal da RSPA (Documento CE152/23)

156. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre a consideração do Subcomitê sobre este tema (ver parágrafos 100 a 113 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR), observando que o Subcomitê havia expressado preocupação com o grande número de membros do pessoal que deveria se aposentar em um futuro próximo e havia salientado a necessidade de uma política de recrutamento bem planejada. Ele também observou que o Subcomitê havia solicitado informação mais detalhada sobre as consultorias e a porcentagem de pessoal provisório que era formada por ex-membros do quadro de funcionários ou pessoal aposentado. Também havia sido solicitado esclarecimento sobre as implicações de custo do grande número de disposições contratuais não tradicionais em uso.

157. A Sra. Kate Rojkov (Gerente, Gestão de Recursos Humanos, RSPA), destacando alguns dos dados apresentados no relatório, forneceu mais informações sobre a distribuição do pessoal na Sede e nas representações nos países por tipo da nomeação, sexo, idade e país de origem, assim como mais informações sobre pessoal temporário, inclusive a nomeação temporária de aposentados, que estava detalhada no Anexo A do Documento CE152/23.

158. No debate do Comitê sobre este tema, os delegados receberam cordialmente as informações adicionais fornecidas em resposta às solicitações do Subcomitê e elogiaram o progresso contínuo da Repartição rumo à paridade entre os sexos em todos os níveis da Organização. Manifestou-se preocupação com o risco de se contar com uma grande porcentagem de pessoal provisório e o uso de uma variedade de mecanismos contratuais não tradicionais. Vários delegados questionaram se os planos de recrutamento haviam sido formulados visando atenuar a perda de competência decorrente do grande número de aposentadorias iminentes. Nesse sentido, foram feitas perguntas específicas sobre os planos para transferir conhecimento e assegurar a continuidade do trabalho da Organização e sobre como o processo de recrutamento estaria vinculado ao novo Sistema de Informação para Gestão da RSPA (ver parágrafos 188 a 196 abaixo).

159. A Sra. Rojkov disse que seu Escritório estava trabalhando estreitamente com os gerentes para ajudá-los com o planejamento de recursos humanos e estava realizando uma análise em grande escala que visava elaborar uma estratégia e plano de recrutamento

com base nas metas e objetivos estratégicos e necessidades programáticas. Esperava-se que a implantação do Sistema de Informação para Gestão da RSPA possibilitasse ao Escritório dar mais assessoria estratégica aos gerentes. Já existiam procedimentos para assegurar a continuidade e a transferência do conhecimento quando o pessoal se aposentava. O Escritório continuaria aperfeiçoando estes procedimentos.

160. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA), em resposta às observações sobre os diversos tipos de mecanismos contratuais, recordou que o processo de reforma contratual lançado vários anos antes havia reduzido o número geral de disposições contratuais, de mais de 22 para 9, que era um número muito mais administrável. A Repartição continuaria estudando maneiras de simplificar as disposições contratuais e reduzir os riscos associados, mas era importante lembrar que consultorias e outros contratos a curto prazo proporcionaram oportunidades e dividendos, em particular quando era necessário um serviço bem específico por tempo limitado. Na sua opinião, a Repartição havia tido êxito em alcançar um bom equilíbrio entre disposições contratuais tradicionais e não tradicionais.

161. A Diretora observou que recursos humanos eram particularmente fundamentais para uma organização responsável pela prestação de cooperação técnica. A Repartição elaboraria uma estratégia e plano de recursos humanos em resposta ao Plano Estratégico 2014–2019, que forneceria o contexto para determinar as necessidades de recursos humanos. O processo de planejamento de recursos humanos começaria imediatamente depois da 152^a sessão do Comitê. O pessoal teria participação integral no processo, que serviria para assegurar que tivessem propriedade do plano de recursos humanos. Mais informações sobre o processo de planejamento de recursos humanos seriam dadas durante o Conselho Diretor em setembro.

162. Fazendo coro às observações do Sr. Birmingham, ela enfatizou a importância de manter uma força de trabalho flexível. Embora a Repartição precisasse ter um núcleo de pessoal que pudesse administrar as funções básicas da Organização e as prioridades identificadas no Plano Estratégico, também era preciso ter flexibilidade para fazer contratações em resposta a situações específicas que pudessem surgir e suprir a necessidade de competência específica a curto prazo. Flexibilidade no planejamento de recursos humanos também seria essencial diante das restrições de recursos em curso. Ela também observou que a Repartição atualmente tinha mecanismos robustos para garantir um quadro de pessoal adequado. Um destes mecanismos era o plano de trabalho anual que requeria que todas as entidades da RSPA apresentassem e fornecessem a base para a contratação de pessoal novo.

163. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS (Documento CE152/24)

164. A Sra. Carolina Báscones (Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS) destacou os assuntos que a Associação do Pessoal desejava trazer à atenção do Comitê, em particular seus pontos de vista e questões com relação à administração interna de justiça e a gestão de recursos humanos. Ela inicialmente enfatizou que a Associação do Pessoal via com bons olhos a abertura ao diálogo da nova Diretora e prezava as medidas que ela havia tomado para assegurar um ambiente de trabalho livre de assédio e abuso de autoridade. Embora a Associação do Pessoal reconhecia a existência de diversos mecanismos para a resolução de conflitos (ver Relatório Anual do Escritório de Ética, parágrafos 23 a 30 acima), eram ainda preocupantes as deficiências na administração interna da justiça e se acreditava que deveria ser solicitado à Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas que empreendesse uma análise independente do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Era particularmente preocupante o Comitê de Apelação, que não havia feito eleições para seus membros em 10 anos, ainda não havia adotado um regulamento interno e era presidido por um indivíduo externo à Organização. Na opinião da Associação, o momento de realizar tal análise era agora: a Organização tinha uma nova Diretora, estava pronta para adotar um novo Plano Estratégico e portanto estava em um momento histórico.

165. A Associação do Pessoal recebeu com satisfação o evidente interesse dos Estados Membros nos assuntos do pessoal e manifestou firme apoio à elaboração de um plano integral de recursos humanos para acompanhar o novo Plano Estratégico e assegurar que houvesse as competências necessárias para implementá-lo. Ela enfatizou que seria importante avaliar periodicamente o plano para comprovar que os recursos humanos estavam sendo geridos de acordo com os mandatos estabelecidos pelos Órgãos Diretivos.

166. No debate que se seguiu, um membro do Comitê pediu esclarecimento sobre o parágrafo 11 da declaração escrita da Associação de Pessoal (contida no Documento CE152/24), que indicava que o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos não cumpria com os padrões mínimos de um sistema interno de justiça e infringia a Declaração Universal de Direitos Humanos, uma afirmação que não parecia enquadrada no que havia sido dito anteriormente sobre o sistema (ver parágrafos 23 a 30 acima). Incentivou-se a Diretora a trabalhar com o Grupo de Política Global da OMS com o intuito de melhorar o sistema de administração interna de justiça em toda a OMS.

167. A Sra. Báscones respondeu que um sistema de justiça deveria ter certos atributos, como independência e separação de papéis e funções, o direito das partes de defesa, o direito de exame das evidências relevantes, o direito à justiça rápida e o direito de apelação. Atualmente, somente a Administração tinha acesso a todas as evidências; o pessoal não tinha acesso porque alguns documentos eram considerados propriedade confidencial da Organização. O Comitê de Apelação às vezes levava até três anos para chegar a uma decisão em um caso. Além disso, somente o pessoal com contratos das

Nações Unidas tinha acesso ao Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Todos estes fatores haviam criado uma situação de desconfiança entre o pessoal. O Sistema não cumpria com os padrões mínimos que tais órgãos precisavam cumprir nos Estados Membros, e assim a Associação do Pessoal reiterava sua solicitação de que deveria ser realizada uma análise minuciosa do sistema com o objetivo de tornar a OPAS um modelo entre as organizações internacionais em práticas de recursos humanos.

168. A Diretora disse que se o pessoal tinha a percepção de que o sistema interno de justiça não estava funcionando de modo efetivo, independentemente de esta percepção ser correta ou equivocada, estas questões tinham de ser levadas a sério, em particular porque o pessoal era fundamental à missão de uma organização de cooperação técnica como a OPAS. Ela já havia se comprometido a trabalhar com a Associação do Pessoal e seguia disposta a dialogar sobre os problemas percebidos no sistema, embora ela não pudesse prometer que todos os anseios e demandas seriam satisfeitos e ela esperava o respeito e a cooperação de pessoal. Sobretudo, ela queria evitar uma situação de enfrentamento e conflito e estimular um ambiente em que o pessoal se sentia respeitado, valorizado e motivado para fazer todo o possível para cumprir a missão da Organização.

169. O Comitê tomou conhecimento da intervenção.

Assuntos de Informação Geral

Atualização sobre a Reforma da OMS (Documento CE152/INF/1)

170. O Sr. Colin McIff (Estados Unidos da América), falando como representante de um Estado Membro atualmente com direito a indicar uma pessoa a integrar o Conselho Executivo da OMS, examinou os objetivos programáticos, de governança e de administração da reforma da OMS e resumiu a ação tomada a respeito pelo Conselho e pela recente Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde, inclusive a adoção do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho 2014–2019, o qual representava uma reforma estratégica e programática fundamental para a Organização. Ele observou que a Assembleia da Saúde também havia decidido adotar todo o orçamento para programas para 2014–2015, em vez de uma porção financiada com as contribuições fixas, como havia ocorrido no passado, e realizar um diálogo financeiro de duas partes com o intuito de captar os recursos necessários para o pleno financiamento do orçamento. O Conselho Executivo também havia tomado várias decisões com respeito à reforma da OMS, inclusive a decisão de desenvolver um conjunto único de princípios básicos para guiar o envolvimento da OMS com atores não governamentais.¹⁵ Estes princípios haviam sido analisados pelo Conselho em maio de 2013 e receberiam mais consideração em janeiro de 2014 antes de serem apresentados à Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde.

¹⁵ Decisão EB132(11) (2013).

171. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA) observou que a Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde havia também, em grande parte a pedido dos Estados Membros das Américas – reiterado à Diretora-geral da OMS a elaborar uma metodologia de alocação estratégica de recursos que asseguraria uma alocação de fundos justa e transparente entre os principais escritórios e níveis de organização da OMS.¹⁶ A metodologia seria aplicada pela primeira vez no biênio de 2016–2017. O Secretariado da OMS havia indicado que empreenderia um processo consultivo envolvendo representantes de todas as regiões da OMS a fim de que elaborassem a metodologia e que se basearia principalmente na experiência da Região com a formulação da Política Orçamentária da OPAS.

172. O processo de captação de recursos para assegurar o pleno financiamento do orçamento para programas da OMS para 2014–2015 compreenderia três fases, como descrito no Documento A66/48 da OMS (Anexo A do Documento CE152/INF/1). A primeira fase, aprovação das prioridades e adoção do orçamento para programas, já havia sido finalizada. Na segunda fase, diálogo financeiro, seriam realizadas duas reuniões, a primeira delas no dia 24 de junho de 2013. Os objetivos da primeira reunião seriam informar os participantes sobre as necessidades de financiamento e o montante financiado disponível, examinar o plano de trabalho no orçamento para programas de 2014–2015 e decidir sobre a estrutura da segunda reunião e como monitorar o progresso de captação de contribuições no intervalo entre a primeira e a segunda reunião.

173. Na segunda reunião, a ser realizada em 25 e 26 de novembro de 2013, o Secretariado da OMS forneceria informação sobre os recursos já captados e déficits de financiamento remanescentes, junto com detalhes programáticos sobre o que se pretendia alcançar com o orçamento para programas 2014–2015. Além disso, a Diretora-geral forneceria um plano inicial para a distribuição dos fundos flexíveis disponíveis para financiar as diversas categorias do orçamento e os principais escritórios da Organização. A terceira fase implicaria na captação de recursos em toda a Organização ao longo do biênio. Um plano de captação de recursos seria elaborado e o progresso informado aos Órgãos Administrativos da OMS.

174. No debate que se seguiu, os delegados solicitaram informação sobre a tendência de alocações da OMS às Américas e inquiriram o que poderia ser feito para assegurar maior estabilidade e segurança dos montantes recebidos a médio e longo prazo. Perguntou-se também se a metodologia de alocação de recursos estratégicos seria usada para a alocação de contribuições voluntárias da OMS e distribuição do orçamento por categoria e área programática. Solicitou-se esclarecimento sobre as expectativas do Secretariado da OMS com respeito ao papel das diversas regiões da OMS na arrecadação de financiamento voluntário. A este respeito, foi assinalado que, mesmo após ser implementada a metodologia de alocação estratégica de recursos, não estaria assegurado

¹⁶ Decisão WHA66(9) (2013).

que a Região iria receber a parcela total de contribuições voluntárias da OMS que lhe cabia. Também se assinalou que, por causa da identidade da OPAS como uma organização independente e separada, havia diferenças na forma como as contribuições voluntárias eram justificadas: os fundos captados pela OPAS não eram necessariamente contabilizados como parte da parcela da Região de contribuições voluntárias da OMS, ao passo que os fundos captados pelas outras cinco regiões da OMS o eram.

175. O Sr. Birmingham respondeu que a alocação regional das contribuições fixas da OMS havia permanecido bem estáveis em cerca de \$80,7 milhões por vários anos. A alocação da Região das contribuições voluntárias da OMS, por outro lado, havia tido uma queda sustentável, reduzindo-se de cerca de \$59 milhões em 2008–2009 a \$40 milhões em 2010–2011 e a \$30 milhões em 2012–2013. Quanto ao que poderia ser feito para assegurar maior estabilidade dos recursos destinados à Região, os Estados Membros haviam tomado uma medida neste sentido com a adoção da resolução da sessão especial da 152ª Sessão do Comitê¹⁷ e com a postura bem clara e firme adotada durante a recente Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde por representantes dos Estados Membros das Américas, que haviam destacado a necessidade de um método justo e transparente de alocação de recursos da OMS às regiões e aos níveis da Organização.

176. Sugeriu-se que parte dos recursos captados na Região para a OPAS deveria ser contabilizada na parcela das contribuições voluntárias da OMS para as Américas, mas isso não ocorria atualmente. A Repartição continuaria a debater o assunto com o Secretariado da OMS. Porém, talvez não fosse uma simples questão de contabilidade assegurar uma parcela justa das contribuições voluntárias globais para a Região.

177. O mecanismo de alocação estratégica de recursos não seria aplicado à alocação das contribuições voluntárias ou à distribuição dos recursos entre categorias de trabalho e áreas programáticas no biênio de 2014–2015, porque o mecanismo só seria implementado no biênio de 2016–2017. A alocação dos recursos para as categorias do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho e para os diversos escritórios e níveis da Organização seria decidida em grande parte com base no diálogo financeiro. A participação ativa por parte dos Estados Membros no diálogo seria, portanto, fundamental para assegurar que fossem consideradas de forma equânime as necessidades da Região.

178. A Diretora reafirmou a importância da participação dos Estados Membros da OPAS no diálogo financeiro, observando que a parcela total da Região do orçamento para programas da OMS havia caído de \$141 milhões em 2008–2009 a \$111 milhões em 2012–2013. Grande parte desta redução era devida a uma diminuição das contribuições voluntárias. Além disso, estes valores representavam montantes orçados, não o que a Região efetivamente recebia. Era importante que os Estados Membros das Américas continuassem a trabalhar para assegurar que a Região recebesse uma parcela justa do orçamento da OMS.

¹⁷ Resolução CE152.SS.R1 (2013), *Alocação de fundos pela OMS à Região das Américas*. Ver Anexo D.

179. Ela fez questão de assegurar ao Comitê que a Repartição reconhecia as implicações da reforma da OMS para a OPAS e havia considerado plenamente ao formular, em estreita colaboração com Estados Membros, o Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e o projeto de programa e orçamento para 2014–2015.

180. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento para Programas 2014–2015 (Documento CE152/INF/2)

181. O Sr. Colin McIff (Estados Unidos da América), novamente falando como representante de um Estado Membro atualmente com direito a indicar uma pessoa para integrar o Conselho Executivo da OMS, apresentou o documento sobre este tema, observando que tanto o Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014–2019 como o Orçamento para Programas 2014–2015 representavam marcos nos esforços de reforma da OMS. O desenvolvimento e a adoção do novo Programa Geral de Trabalho de seis anos haviam sido o ponto alto de um processo estratégico de estabelecimento de prioridades plurianual que havia começado em 2010 e incluído todos os Estados Membros. Como parte da reforma da OMS, havia sido decidido simplificar os documentos de planejamento estratégico da OMS e reduzir o período do PGT de 10 a seis anos. O PGT fornecia a visão estratégica de alto nível para o trabalho da OMS durante o período de seis anos e estipulava categorias de trabalho e prioridades de liderança, que constituíam áreas-chave em que a OMS procuraria exercer sua influência na arena global de saúde. O documento também expunha uma cadeia de resultados, que seria a ferramenta primária para o monitoramento e avaliação do desempenho da OMS.

182. O orçamento para programas, proveniente do PGT, continha um plano de trabalho detalhado para os dois primeiros anos do PGT. A cadeia de resultados compreendia um conjunto de produtos, que seria de responsabilidade do Secretariado da OMS, e de resultados e repercussões, que seriam de responsabilidade conjunta do Secretariado, Estados Membros e parceiros. A Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado um orçamento total de \$3,98 bilhões, que representava um pequeno aumento em relação a 2012–2013, mas sem aumento nas contribuições fixas. Entre as categorias de trabalho, doenças transmissíveis haviam recebido de longe a maior parcela, apesar de uma redução substancial em comparação ao biênio atual. Como destacado no item anterior, pela primeira vez a Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado o orçamento na sua totalidade, uma alteração financeira importante segundo a qual os Estados Membros exerceriam propriedade coletiva de todo o orçamento e suas prioridades.

183. A aprovação do Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e do Orçamento para Programas 2014–2015, no entanto, não representava o fim do processo de reforma. O Secretariado da OMS havia deixado claro que 2014–2015 seria um biênio de transição durante o qual continuaria a aprimorar os indicadores de produto e resultado e a fornecer mais detalhes, inclusive melhor cálculo de custos das atividades e

vinculação dos gastos com resultados. Estes aperfeiçoamentos fortaleceriam a cadeia de resultados e melhorariam assim a gestão baseada em resultados e a transparência.

184. A Sra. Amalia Del Riego (Assessora Sênior, Planejamento e Coordenação de Recursos, RSPA) concordou que a aprovação do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho e o orçamento para programas da OMS para 2014–2015 havia sido marcos importantes no aspecto programático da reforma da OMS. Ela observou que as Américas haviam dado uma contribuição significativa à formulação de ambos os documentos, inclusive através da consulta regional realizada durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012. Tanto o PGT como o orçamento para programas para 2014–2015 haviam tido grande influência no Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e Projeto de Programa e Orçamento 2014–2015. Como o Sr. Birmingham havia assinalado, o fato de que a Assembleia Mundial da Saúde não havia aprovado uma dotação definida de contribuições fixas poderia ter implicações para a OPAS, principalmente com respeito ao planejamento operacional a ser realizado após o 52º Conselho Diretor.

185. No debate que se seguiu, um delegado assinalou que a abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde era uma das prioridades de liderança determinadas para a OMS e a necessidade de ação programática concreta, com estratégia, metas e indicadores de progresso claros, para combater estes determinantes. Ele enfatizou que não se tratava de muito discurso e pouca ação.

186. A Diretora reconheceu que os determinantes sociais da saúde eram uma questão de grande importância para a Região, como havia sido demonstrado pelas discussões em torno do Duodécimo Segundo Programa Geral de Trabalho, em que os Estados Membros das Américas haviam insistido que os determinantes da saúde deveriam figurar em uma posição mais proeminente no nível de categoria. Os determinantes da saúde haviam sido explicitamente incluídos em uma das categorias do Plano Estratégico da OPAS (ver parágrafos 40 a 55 acima) e, para assegurar que o assunto recebesse a merecida atenção, ela estava instituindo dentro da estrutura organizacional da OPAS um programa especial dedicado aos determinantes sociais da saúde e ao desenvolvimento sustentável.

187. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

**Projeto de Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS):
Relatório de Progresso (Documento CE152/INF/3)**

188. O Dr. Matías Villatoro (Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre a análise deste tema pelo Subcomitê (ver parágrafos 114 a 122 do Relatório Final do Subcomitê, Documento SPBA7/FR). O Subcomitê havia sido informado que a Repartição estava pesquisando pacotes de software de baixo custo porque os apresentados em resposta à solicitação original de propostas eram muito caros. O Subcomitê havia dito que acreditava que pudesse ser encontrado o software apropriado

e o projeto executado dentro do prazo estabelecido e do orçamento. Havia sido solicitado ao Comitê Executivo um relatório atualizado.

189. A Dra. Caterina Luppi (Gerente de Área, Serviços de Tecnologia da Informação, RSPA) informou que, desde a reunião do Subcomitê em março, a Repartição havia realizado seminários informativos com diversos fornecedores de software de planejamento de recursos corporativos (ERP), avaliado as propostas recebidas e identificado as soluções de software que mais convinham às finalidades da OPAS. Também havia identificado as deficiências nos diversos pacotes de software em consideração e estava atualmente avaliando outros softwares que poderiam ser integrados ao sistema para sanar as lacunas funcionais. A equipe de gestão de projetos estimava que faria uma recomendação de uma solução técnica em meados de julho de 2013, após o qual realizaria uma avaliação financeira da opção de software preferencial. Após concluídas as avaliações técnicas e financeiras, a Repartição começaria a procurar uma empresa para ajudar com a gestão de projetos e mudanças e comunicações. A Repartição pretendia recrutar uma empresa que tinha experiência direta com o produto de software escolhido. Esperava-se que o projeto seria completado dentro do orçamento original e na data programada de finalização, junho de 2015. Porém, a Repartição estava elaborando um “plano B” para reduzir os custos adicionais e garantir que a Organização pudesse continuar operando com os sistemas existentes em caso de algum atraso imprevisto.

190. Ela enfatizou que a atenção suficiente ao “elemento humano” seria fundamental para a implementação com êxito do novo sistema. Comunicação eficaz e gestão de mudanças seriam portanto essenciais. Também seria necessário implantar uma estratégia integral de conectividade para assegurar que todas as representações da OPAS tivessem acesso ao sistema.

191. No debate do Comitê sobre o tema, manifestou-se preocupação com o fato de que não havia sido possível identificar uma solução total de software que pudesse ser adquirida com o financiamento alocado pelo Conselho Diretor em 2010 e que, de acordo com o relatório do Auditor Externo, o trabalho realizado e o \$1,1 milhão gasto até agora no projeto não tivessem utilidade para a OPAS.¹⁸ Uma delegada perguntou se se estimava que o gasto destes fundos viesse a causar um déficit no financiamento para o projeto. Incentivou-se a Repartição a fazer todo o possível para não extrapolar o orçamento original e avançar o mais rápido possível para cumprir com o cronograma original e a data da finalização do projeto. Destacou-se a necessidade de planejar e monitorar os riscos, custos e áreas problemáticas identificadas no documento sobre este tema. Também se ressaltou que o sistema da RSPA precisava estar plenamente alinhado e integrado ao Sistema de Gestão Global da OMS e fornecer um nível semelhante de planejamento estratégico e operacional, gestão de planos de trabalho, monitoramento e apresentação de informes e transparência e responsabilidade, de acordo com os termos da Resolução

¹⁸ Ver parágrafo 43 do *Relatório do Auditor Externo*, contido no *Documento Oficial 344* (2012).

CD50.R10 (2010). Pediu-se mais informação sobre o estudo de viabilidade do projeto, em particular com respeito às vantagens relativas das diversas soluções de planejamento de recursos corporativos em consideração e os benefícios esperados com o novo sistema.

192. O Dr. Luppi assegurou ao Comitê que a implementação do novo sistema seria monitorada de perto para garantir controles estritos de custo, assim como transparência e responsabilidade. Os Estados Membros seriam informados do progresso em todo o processo de execução. A Repartição estava segura de que, com a implementação de todos os componentes, o sistema atenderia as necessidades de toda a Organização relacionadas à apresentação de informes e integração e alinhamento com o GSM e que ele propiciaria flexibilidade suficiente para adaptação futura às necessidades em mudança constante. Isso era importante, pois o intuito era que o sistema ficasse em uso por vários anos. De fato, flexibilidade e capacidade de integração estavam entre as primeiras considerações na avaliação da Repartição dos possíveis pacotes de software. Minimizar a necessidade de adaptar o software aos processos da Organização era outra prioridade absoluta. A este respeito ela observou que a experiência do GSM havia demonstrado que era bem menos caro e consumia menos tempo adaptar os processos ao software que vice-versa.

193. Quanto aos benefícios previstos do novo sistema, esperava-se que facilitasse a apresentação de informes, não só para a Repartição mas também para Estados Membros, e melhorasse a transparência dos processos. Por exemplo, facilitaria decompor os custos de projetos. Assim, decisões sobre cooperação técnica poderiam ser mais facilmente tomadas com base em fatos e cifras concretas. Com respeito ao \$1,1 milhão já gasto no projeto, ela recordou que a proposta inicial do projeto havia contemplado o gasto de uma quantia significativa do financiamento durante a fase preparatória e disse que a Repartição não previa nenhum déficit na quantia necessária para realizar o projeto.

194. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA) afirmou que não se antecipava que o custo total do projeto iria exceder a quantia originalmente orçada de \$20,3 milhões, sendo \$10 milhões provenientes da Conta Especial. A transferência do saldo restante da primeira fase do projeto ajudaria a assegurar que o projeto não extrapolasse o orçamento. Ele discordou da opinião do Auditor Externo com relação à utilidade do \$1,1 milhão gasto. Os dois principais resultados deste gasto haviam sido o processo inicial de solicitação de software e o desenvolvimento do estudo de viabilidade para o projeto, sendo que a Repartição havia adquirido com isso conhecimento e habilidades importantes e, portanto, não precisaria contratar um consultor externo para ajudar na busca que estava sendo feita do software de planejamento de recursos corporativos apropriado.

195. A Diretora assegurou ao Comitê que ela estava plenamente ciente da importância do PMIS tanto para Estados Membros quanto para o pessoal da Repartição e que ela estava comprometida em assegurar que o sistema atenderia às necessidades correntes e futuras da Organização. A Repartição estava dando total consideração aos ensinamentos obtidos com a experiência da OMS com o Sistema de Gestão Global, e se esforçaria para

assegurar, através do processo de gestão de mudanças, que o pessoal estivesse preparado para usar o sistema de modo eficiente. Ela reiterou aos Estados Membros para que evitassem fazer a microgestão do processo de execução de projetos e prometeu que eles seriam mantidos a par do progresso e que a Repartição não hesitaria em buscar a assessoria de seus especialistas técnicos se fosse necessário.

196. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Relatório sobre a 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA 16) (Documento CE152/INF/4)

197. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) informou que a 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA 16) foi realizada em Santiago, Chile, em 26 e 27 de julho de 2012. A reunião havia abordado a crescente demanda por alimentos de alta qualidade a preços acessíveis e os desafios de produzir alimentos que não agridam o ambiente protegendo a saúde dos consumidores e indivíduos na cadeia agroalimentar. Também havia se destacado a necessidade de colaboração intersetorial e internacional na análise e gestão dos riscos existentes e emergentes para saúde na interface ambiente-animal-humana. A reunião também havia posto em relevo a necessidade de fortalecer as capacidades nacionais de vigilância, prevenção, controle, alerta precoce e resposta às doenças transmitidas por alimentos, zoonoses e outros desafios relacionados com a saúde. A RIMSA 16 havia reconhecido o papel da inocuidade dos alimentos na erradicação da fome e desnutrição e prevenção da resistência aos antimicrobianos e doenças transmitidas por alimentos. Embora o comércio internacional de alimentos, viagens e turismo contribuíssem para o desenvolvimento, eles também eram fatores de risco para a ocorrência de eventos de saúde pública de interesse nacional e internacional.

198. A RIMSA 16 havia tomado nota das resoluções e recomendações da 12ª Reunião do Comitê Hemisférico para a Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA 12) e da Sexta Reunião da Comissão Pan-Americana de Inocuidade dos Alimentos (COPAIA 6) e havia adotado o Consenso de Santiago, Chile, instando os países a instituir sistemas de alerta precoce e mecanismos para coordenação intersetorial como parte dos seus esforços para eliminar a raiva humana transmitida por cães e erradicar a febre aftosa. O Consenso também convocava os países a colaborar nos esforços para garantir a produção de alimentos seguros e saudáveis que eram essenciais, entre outros, para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis. A importância de iniciativas de cooperação técnica para capacitação nacional havia sido observada e havia sido reiterado que semelhantes iniciativas fossem executadas com cooperação interinstitucional máxima.

199. As delegações receberam cordialmente o Consenso de Santiago e concordaram com a importância de prover alimentos adequados e seguros. Enfatizou-se que eram necessários firmes controles reguladores para garantir a inocuidade dos medicamentos de

uso veterinário e rações para animais a fim de garantir a segurança dos alimentos humanos derivados de animais. Destacou-se a necessidade de os países adotarem padrões altos e comuns de inocuidade dos alimentos para proteger os consumidores em um mercado global. A educação dos consumidores sobre a inocuidade dos alimentos também foi considerada como sendo essencial assim como sistemas sólidos de vigilância em saúde e alimentos. A referência no relatório da RIMSA 16 a enfoques de “saúde única” foi bem recebida. Tais enfoques eram vistos como sendo essenciais no combate às doenças infecciosas emergentes como a influenza aviária. O tema central da reunião, o ambiente e a interface ambiente-animal-humana, foi também elogiado. Esperava-se que este foco ajudasse a fortalecer futuras iterações da RIMSA.

200. A Delegada do Canadá anunciou que seu país sediaria a 24^a Reunião Internacional da Raiva nas Américas, em Toronto, de 27 a 31 de outubro de 2013.

201. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde: Relatório sobre os Preparativos (pelo Brasil) (Documento CE152/INF/5)

202. O Sr. Alberto Kleiman (Brasil) apresentou um resumo dos preparativos e desdobramentos esperados do Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, a ser realizado na cidade brasileira de Recife, de 10 a 13 de novembro de 2013, com o tema “Recursos humanos para a saúde: fundação para a cobertura universal de saúde e agenda de desenvolvimento pós-2015.” O Fórum, que reuniria diversos interessados diretos de governos, organizações da sociedade civil e organizações internacionais, se basearia no progresso realizado após os dois primeiros fóruns, em Uganda em 2008 e na Tailândia em 2011, buscando renovar os compromissos feitos nestas duas reuniões e estabelecer novos compromissos. Também procuraria priorizar a questão dos recursos humanos em saúde na agenda global de saúde, destacar o papel crucial do pessoal da área da saúde para o progresso continuado rumo aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e avanço da cobertura universal de saúde. Além disso, o Fórum identificaria as questões-chave dos recursos humanos para a agenda de desenvolvimento pós-2015.

203. No programa constariam mesas-redondas de alto nível com debates técnicos sobre cinco tópicos: liderança, parceria e responsabilidade; requisitos financeiros para políticas fortes de recursos de saúde; respaldo jurídico legal e regulador; fortalecimento da autonomia dos profissionais da saúde e inovação e pesquisa. Entre os desdobramentos esperados estavam uma Declaração de Recife, que se esperava que ajudasse a moldar a agenda global de saúde e a agenda de desenvolvimento pós-2015; um mecanismo para estimular mais cooperação na questão dos recursos humanos em saúde; e um mecanismo para monitorar o progresso dos compromissos assumidos nos diversos Fóruns Globais. Mais informações poderiam ser encontradas no site da Aliança Global para a Força de

Trabalho em Saúde.¹⁹ Além disso, a sua delegação pretendia propor um projeto de resolução sobre o tema para consideração pelos Órgãos Diretivos da OPAS.

204. A Delegada dos Estados Unidos agradeceu ao Governo do Brasil por organizar e sediar o próximo Fórum e observou que o seu governo estava comprometido em melhorar a habilitação da força de trabalho de saúde de modo a reduzir a própria dependência de pessoal estrangeiro proveniente de países com recursos limitados. Estava também apoiando oportunidades de habilitação para o pessoal da saúde em outros países, principalmente na África, a fim de ajudar a aumentar o número de profissionais habilitados.

205. A Diretora também agradeceu ao Governo do Brasil por sua liderança e incentivou os Estados Membros a participar do Terceiro Fórum Global, observando que os dois fóruns anteriores haviam ajudado a posicionar os recursos humanos em saúde como sendo parte crucial do fortalecimento dos sistemas de saúde. Os fóruns em geral atraíam um grande número de participantes e ofereciam oportunidade valiosa para partilhar experiências e boas práticas.

206. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015: Relatório sobre os Preparativos para os Painéis de Discussão (Documento CE152/INF/6)

207. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) disse que o painel sobre saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015, a ser realizado durante o 52º Conselho Diretor, examinaria, de uma perspectiva da saúde, os debates realizados a respeito após as sessões de 2012 da Assembleia Geral das Nações Unidas, da Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) e outros fóruns. O objetivo geral do painel de debate seria informar os ministros da Saúde da Região sobre os processos de consulta sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015. Além da Diretora-geral da OMS, Dra. Margaret Chan, sugeria-se os seguintes participantes: a Exma. Sra. Maria Angela Holguín, Ministra das Relações Exteriores da Colômbia; José Ignacio Carreño Ayala, diretor da organização não governamental Coordinación en Salud Integral (PROCOSI) da Bolívia; e a Dra. Carissa Etienne, Diretora da RSPA. Entre os outros palestrantes poderiam estar Shamshad Akhtar, Subsecretário Geral das Nações Unidas para Desenvolvimento Econômico, e Heraldo Muñoz, chefe do Grupo das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Equipe Regional para América Latina e Caribe.

208. Os Estados Membros seriam convidados a participar de um diálogo aberto sobre, entre outros temas, o papel da saúde no modelo de desenvolvimento sustentável e medidas que poderiam ser tomadas nas Américas para assegurar que as prioridades de

¹⁹ Disponível em: <http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/en/index.html>

saúde da Região fossem incluídas no debate global maior, em particular a cobertura universal de saúde e atenção às metas básicas relacionadas aos determinantes sociais da saúde da agenda de desenvolvimento pós-2015.

209. Após a introdução do Dr. Galvão, os Estados Membros reafirmaram a importância de destacar o papel da saúde no desenvolvimento sustentável, mas também observou que o desenvolvimento sustentável tinha três dimensões: social, econômica e ambiental. Destacou-se também a importância da atenção continuada aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da convergência entre estas metas e futuras metas de desenvolvimento sustentável. Embora a atenção às doenças não transmissíveis fosse vista como prioridade, perguntou-se se elas deveriam ser abordadas como um objetivo específico na agenda de desenvolvimento pós-2015 ou como parte do objetivo mais amplo de atingir cobertura universal de saúde. Foi sugerido que os conceitos de “bem-estar” e “viver bem”, mencionados no subparágrafo 6(e) do documento sobre este tema, deveriam ser esclarecidos.

210. O Dr. Galvão disse que os delegados haviam mencionado vários pontos importantes que seriam levados em consideração ao preparar o documento de base para o painel de debate.

211. A Diretora, observando que as considerações de saúde haviam ficado em grande parte à margem dos debates sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015, enfatizou a necessidade de promover esta causa a fim de garantir um lugar para a saúde entre as metas de desenvolvimento sustentável a serem alcançadas. Seria importante obter consenso em uma meta específica relacionada à saúde a ser incluída na agenda de desenvolvimento sustentável. Esta meta precisava ser abrangente, englobando o trabalho contínuo para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio ainda não satisfeitos, a atenção aos determinantes sociais da saúde e o fortalecimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária. Como muitas das negociações sobre este tema seriam conduzidas por ministros das Relações Exteriores e outros representantes diplomáticos, também seria importante que as autoridades sanitárias da Região dialogassem com estes altos funcionários sobre como a saúde deveria ser posicionada na agenda pós-2015 e salientar que, sem igualdade de acesso à saúde e a atenção aos determinantes sociais da saúde, não poderia haver desenvolvimento sustentável. Ela incentivou as autoridades sanitárias a iniciarem este diálogo de imediato.

212. Observando que parecia haver considerável confusão com respeito ao significado de “cobertura universal de saúde”, ela disse que a Repartição organizaria um evento paralelo sobre este tema a ser realizado durante a semana do 52º Conselho Diretor. Um documento conceitual que estava sendo preparado poderia servir como referência para o evento.

213. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documentos CE152/INF/7-A, B, C, D, E, F, G, H e I)

A. *Estratégia e Plano de Ação Regional sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo de Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança (2008–2015): Avaliação Intermediária*

214. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), agradecendo os esforços dos Estados Membros para reduzir a mortalidade neonatal, observou que haviam sido obtidos avanços significativos, mas ainda existiam desafios, em particular no que se referia à habilitação de profissionais da saúde e melhoria da qualidade de atenção.

215. A Diretora fez uma homenagem ao Dr. Ricardo Fescina, Diretor do Centro Latino-americano de Perinatalogia, Mulher e Saúde Reprodutiva, que se aposentaria em 30 de junho de 2013. O Comitê se juntou à Diretora agradecendo ao Dr. Fescina por sua dedicação à saúde neonatal e à OPAS.

216. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

B. *Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária*

217. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) informou que cinco Estados Membros haviam alcançado a meta estabelecida no Plano de Ação com respeito à redução da transmissão materno-fetal do HIV e outros 10 estavam muito próximos de alcançar a meta. Quatorze Estados Membros haviam alcançado a meta de redução da sífilis congênita e outros três estavam próximos de alcançá-la. Os resultados até agora demonstravam que seria possível eliminar a sífilis congênita nas Américas.

218. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

C. *Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas*

219. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

D. *Aplicação do Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco*

220. A Diretora enfatizou a necessidade de os Estados Membros apoiarem-se em solidariedade para enfrentar os esforços por parte da indústria do tabaco de opor-se ao controle eficaz do tabagismo.

221. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

E. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores

222. Agradeceu-se á Repartição pelo trabalho realizado para implementar o Plano Regional e destacou-se o impacto das doenças ocupacionais e doenças não transmissíveis em termos de estatísticas de saúde e custo da saúde.

223. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

F. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas

224. Assinalou-se que não haviam sido notificados novos casos de oncocercose na Região desde 1995, e este progresso foi elogiado. Incentivou-se os Estados Membros a angariar vontade política e os recursos necessários para superar as barreiras restantes à eliminação da transmissão da doença entre as populações em risco. Com esse fim, diálogo e coordenação no nível mais elevado eram fundamentais. Recomendou-se que os ensinamentos obtidos com o esforço de eliminação da oncocercose deveriam ser aplicados ao controle e à eliminação de outras doenças tropicais negligenciadas. A Delegada do Brasil reafirmou o compromisso do seu Governo com a ação no nível político mais elevado para eliminar a doença, principalmente entre os povos ianomâmis ao longo da fronteira do seu país com a República Bolivariana da Venezuela.

225. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

G. Plano Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde

226. Foi recomendado que o alcance dos esforços da OPAS para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde deveria ser expandido para englobar a geração e o monitoramento de dados dos sistemas de informação em saúde de forma mais ampla, incluindo a projeção das necessidades de financiamento da saúde e de recursos humanos, geração de dados para avaliar a qualidade e a eficiência da prestação de assistência de saúde e monitoramento do progresso no alcance das metas de controle e prevenção de doenças. Também se recomendou que o Plano de Ação deveria incorporar atividades que visavam estabelecer e fortalecer centros colaboradores e de referência para prestar cooperação técnica na classificação e codificação internacional relacionadas à saúde. Incentivou-se a Repartição a estimular a cooperação técnica entre países nesta área e a promover a revisão dos dados de mortalidade como meio de melhorar as estatísticas.

227. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) assinalou que o Plano de Ação incluía cooperação com respeito à Família de Classificações Internacionais da OMS. O relatório de progresso a ser apresentado ao Conselho Diretor em setembro incluiria mais informações sobre este

aspecto do Plano e apresentaria as recomendações e as observações feitas pelos Estados Membros.

228. A Diretora disse que evidentemente seriam necessárias outras informações além das estatísticas vitais para monitorar, avaliar e informar sobre progresso em relação aos indicadores incluídos no Plano Estratégico 2014–2019. A Repartição e os Estados Membros teriam de trabalhar em conjunto para assegurar que os dados necessários estivessem sendo coletados.

229. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

H. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional

230. A Diretora, salientando a importância de garantir que fossem implantadas as capacidades básicas necessárias segundo o Regulamento Sanitário Internacional (2005), observou que alguns Estados pequenos, principalmente no Caribe, não conseguiriam preencher todos os requisitos de capacidades básicas de modo individual e, portanto, seria necessário encontrar maneiras de instituir capacidades em caráter sub-regional ou entre países.

231. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

I. Situação dos Centros Pan-Americanos

232. A Diretora observou que o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) haviam sido recentemente desativados, sendo parte de suas funções subordinadas à nova Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA). Ela assinalou que poderia ser necessário rever o trabalho realizado por outros centros diante das atuais restrições orçamentárias.

233. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS: (A) Sexagésima Sexta (66^a) Assembleia Mundial da Saúde e (B) Organizações Sub-regionais (Documentos CE152/INF/8-A e B)

234. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretivos, RSPA) informou sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde e dos diversos órgãos sub-regionais considerados de interesse particular aos Órgãos Diretivos da OPAS, observando que as resoluções da Assembleia da Saúde haviam somente sido publicadas uma semana antes da abertura da 152^a Sessão do Comitê e que a Repartição apresentaria uma análise detalhada das suas implicações para a Região no próximo Conselho Diretor. Ela deu atenção especial às resoluções sobre o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho 2014–2019 e o orçamento para programas da OMS 2014–2015 (WHA66.1 e WHA66.2), saúde ocular universal (WHA66.4), saúde mental

(WHA66.8), incapacidade (WHA66.9), doenças não transmissíveis (WHA66.10), saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 (WHA66.11), doenças tropicais negligenciadas (WHA66.12), acordo entre a OMS e o South Centre (WHA66.20) e educação da força de trabalho da saúde em apoio à cobertura universal de saúde (WHA66.23), tendo todas elas uma relação direta com as atividades da OPAS.

235. Com relação às ações de outros órgãos de interesse da OPAS, o Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA) havia adotado uma estratégia para sustentar uma resposta integral ao HIV, um acordo para negociações conjuntas sobre medicamentos e uma declaração sobre doença renal crônica. O Conselho para Desenvolvimento Humano e Social da Comunidade do Caribe (CARICOM) havia examinado vários itens relacionados à saúde infantil e do jovem, enquanto que o Conselho de Ministros da Saúde do Caribe havia debatido as doenças não transmissíveis e os recursos humanos em saúde, entre outros temas. A Reunião de Ministros da Saúde do Mercado Comum do Sul (Mercosul) havia aprovado alguns acordos relacionados à saúde pública, inclusive um sobre o controle da tuberculose e outro sobre o projeto de um instrumento de avaliação nutricional para adolescentes grávidas. O Conselho Sul-americano de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (Unasul) havia abordado o preço dos medicamentos e a capacidade de produção na América do Sul, atenção a portadores de incapacidades e outros temas. A Comunidade Andina das Nações havia adotado diversas resoluções que estavam vinculadas aos programas e iniciativas da OPAS, como descrito no Documento CE152/INF/8-B.

236. No debate que se seguiu, assinalou-se que o relatório não fazia menção à Resolução WHA66.22 ou Decisão WHA66(12) com respeito ao seguimento do relatório do Grupo Consultivo de Especialistas (CEWG) em Pesquisa e Desenvolvimento: Financiamento e Coordenação, que insistia na realização de consultas regionais em preparação a uma reunião técnica consultiva a ser convocada pela Diretora-geral da OMS antes do fim de 2013. Destacou-se o papel da Repartição de coordenar o processo de consulta e enfatizou-se que as consultas deveriam começar o mais breve possível.

237. A Sra. Huerta explicou que parte das resoluções da Assembleia da Saúde não havia sido publicada no momento em que o relatório da Repartição estava sendo elaborado e assegurou ao Comitê que o relatório a ser apresentado ao Conselho Diretor incluiria todas as resoluções da AMS.

238. A Diretora reafirmou que a área técnica pertinente dentro da Repartição coordenaria o processo de consulta do CEWG.

239. O Comitê tomou conhecimento do relatório.

Outros Assuntos

240. Durante a semana da 152^a Sessão, os membros do Comitê assistiram a apresentações sobre a síndrome respiratória do Oriente Médio relacionada ao coronavírus, Semana de Imunização nas Américas de 2013 e o recém-publicado *Manual para Elaboração de Legislação de Combate ao Tabaco na Região das Américas*.²⁰

Clausura da Sessão

241. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 152^a Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e Decisões

242. São as seguintes as resoluções e decisões adotadas pelo Comitê Executivo na sua 152^a sessão:

Resoluções

CE152.R1: Arrecadação das Contribuições Fixas

A 152^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o *Relatório sobre a Arrecadação das Cotas de Contribuições* (Documento CE152/16, Rev. 1 e Add. I);

Observando que nenhum Estado Membro está com atraso no pagamento das suas contribuições fixas de forma que ele pode estar sujeito à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que houve uma redução significativa nos pagamentos atrasados das contribuições;

Observando que há 24 Estados Membros que não efetuaram nenhum pagamento das suas contribuições de 2013,

RESOLVE:

1. Tomar nota do *Relatório sobre a Arrecadação das Cotas de Contribuições* (Documento CE152/16, Rev. 1 e Add. I).

²⁰ *Manual para Elaboração de Legislação de Combate ao Tabaco na Região das Américas*. Washington (D.C.): Organização Pan-Americana da Saúde; 2013. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22031&Itemid=270&lang=en

2. Elogiar os Estados Membros pelo seu compromisso no cumprimento com as suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer consideráveis esforços para efetuar o pagamento das suas contribuições fixas atrasadas.
3. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos para 2013 e instar os outros Estados Membros a pagarem suas contribuições fixas pendentes o quanto antes.
4. Solicitar que a Diretora continue informando os Estados Membros sobre qualquer saldo devido e informe ao 52º Conselho Diretor sobre a situação das contribuições fixas.

(Primeira reunião, 17 de junho de 2013)

CE152.R2: Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que o 49º Conselho Diretor, por meio da Resolução CD49.R2 (2009), estabeleceu o Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para funcionar como órgão de assessoria especializada independente da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e dos Estados Membros da OPAS;

Guiado pelos Termos de Referência do Comitê de Auditoria, que estabelecem o processo a ser seguido na avaliação e indicação pelo Comitê Executivo dos membros do Comitê da Auditoria da OPAS;

Observando que os Termos de Referência deste Comitê estipulam que os membros servirão no máximo dois termos completos de três anos cada um;

Considerando que existirá uma vaga no Comitê de Auditoria da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer à Diretora da RSPA e ao Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração pelo seu trabalho a fundo para identificar e indicar os candidatos altamente capacitados a fazer parte do Comitê de Auditoria da OPAS.

2. Designar a Sra. Amalia Lo Faso para servir como membro do Comitê de Auditoria da OPAS para um mandato de três anos, de junho de 2013 até junho de 2016.

(Terceira reunião, 18 de junho de 2013)

CE152.R3: Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros* (Documento CE152/19),

RESOLVE:

Recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

REVISÃO DA TAXA COBRADA PARA AS COMPRAS DE PROVISÕES DE SAÚDE PÚBLICA PARA OS ESTADOS MEMBROS

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento *Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros* (Documento CD52/__);

Reconhecendo a contribuição significativa dos mecanismos de compras da OPAS para promover o acesso e garantir um suprimento contínuo das provisões de saúde pública essenciais de alta qualidade, seguras e eficazes, a fim de abordar as prioridades regionais e reduzir a morbidade e a mortalidade nas Américas;

Considerando que os mecanismos de compras da OPAS facilitam o desenvolvimento da capacidade nacional para ampliar o acesso a provisões de saúde pública cruciais, a fim de prevenir, controlar e tratar doenças prioritárias na Região;

Observando o aumento da atividade de compras e o déficit crítico no orçamento necessário para financiar os custos globais—administrativo, operacional e de pessoal—associados à sua administração,

RESOLVE:

1. Aumentar a atual taxa de 3,5% (três e meio por cento) cobrada para as compras de todas as provisões de saúde pública para os Estados Membros da OPAS pela Repartição Sanitária Pan-Americana por três quartos de um por cento (0,75%), para um total de quatro e vinte e cinco por cento (4,25%), a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2014.
2. Creditar a taxa adicional cobrada de 0,75% (três quartos de um por cento) no Fundo Especial para Gastos de Apoio a Programas para fazer face aos custos administrativos das atividades de compras em toda a Organização dos três mecanismos de compras a seguir:
 - (a) Processo de compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros,
 - (b) Fundo Rotativo para Compra de Vacinas,
 - (c) Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública.
3. Rever a taxa cobrada pela Repartição Sanitária Pan-Americana para as compras de todas as provisões públicas de saúde para os Estados Membros ao fim de cada biênio.
4. Solicitar que a Diretora apresente um relatório sobre este tema aos Órgãos Diretivos ao fim de cada biênio.

(Terceira reunião, 18 de junho de 2013)

CE152.R4: Proteção Social em Saúde

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento conceitual *Proteção Social em Saúde* (Documento CE152/12, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar ao 52º Conselho Diretor que aprove uma resolução nos seguintes termos:

PROTEÇÃO SOCIAL EM SAÚDE

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento conceitual *Proteção Social em Saúde* (Documento CD52/__);

Considerando a resolução CSP26.R19 (2002), que apoia a extensão da proteção social como uma linha de trabalho nas atividades de cooperação técnica da OPAS;

Levando em consideração que a Assembleia Geral das Nações Unidas, em seu sexagésimo sétimo período de sessões, reconhece que as melhoras na proteção social voltadas para a cobertura universal constituem um investimento nas pessoas que as capacita para ajustar-se às mudanças na economia e no mercado de trabalho;

Cientes do marco da Rede Interamericana de Proteção Social (RIPSO), acordado pelas lideranças e chefes de estado na 5ª Cúpula das Américas para aliviar a pobreza e reduzir as desigualdades por meio do compartilhamento de melhores práticas em proteção social, e do Grupo de Trabalho Conjunto das Cúpulas, do qual a OPAS é membro, e o qual apoia a implementação da RIPSO;

Reconhecendo que, embora os países da Região tenham conseguido importantes avanços nos processos de reforma de seus sistemas de saúde (apesar da persistência de importantes desafios, como a continuidade da melhoria da qualidade dos serviços de saúde para todos) e enfrentando a segmentação e a fragmentação, que provocam inequidades;

Consciente da necessidade de dar continuidade à formulação de políticas e programas focados na construção de sistemas de saúde mais integrados, equitativos e solidários que apoiem o direito a gozar do mais elevado nível de saúde possível;

Considerando que, do ponto de vista estratégico, a proteção social em saúde é executada por meio da atenção primária à saúde, com base nos seus três valores fundamentais— a equidade, a solidariedade e o direito a gozar do mais elevado nível de saúde possível—e de acordo com seus princípios,

RESOLVE:

1. Tomar nota do documento conceitual *Proteção Social em Saúde*.
2. Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a:

- (a) reconhecer a necessidade de fortalecer as iniciativas de saúde e proteção social para reduzir a pobreza na Região;
- (b) incorporar o conceito de proteção social em saúde como fundamento nos processos de governança e transformação dos sistemas de saúde;
- (c) instituir marcos jurídicos, conforme apropriado, que definam as medidas relacionadas com a proteção social em saúde;
- (d) fortalecer os componentes de saúde dos programas de proteção social (dando ênfase especial à atenção primária à saúde e aos determinantes sociais da saúde), inclusive os programas de transferência condicionada de renda e outros programas sociais;
- (e) promover a participação social e a consciência dos direitos e obrigações no que tange à saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, tanto na própria sociedade como no coletivo de trabalhadores do sistema de saúde;
- (f) utilizar mecanismos já estabelecidos, como a Rede Interamericana de Proteção Social e outras iniciativas regionais e sub-regionais, para compartilhar as melhores práticas em programas de combate à pobreza relacionados à saúde implementados por governos e instituições em toda a Região.

3. Solicitar à Diretora que:

- (a) fortaleça a cooperação técnica em matéria de proteção social em saúde como eixo prioritário de trabalho na trajetória para a cobertura universal;
- (b) promova a geração de informações sistemáticas e de evidências sobre lacunas e avanços na proteção social em saúde observados nos países da Região, inclusive evidências e melhores práticas sobre a transferência condicionada de dinheiro;
- (c) divulgue e promova as boas práticas em matéria de proteção social em saúde e promova a comunicação e a articulação dos avanços da Região em matéria de proteção social com os debates da Organização Mundial da Saúde sobre cobertura universal em saúde, alavancando os mecanismos já existentes;
- (d) fortaleça o trabalho interinstitucional em matéria de proteção social;
- (e) com base neste documento conceitual, formule uma estratégia que defina o roteiro para a abordagem da proteção social em saúde na Região, reconhecendo as realidades particulares de cada Estado Membro e levando em consideração que há muitas maneiras de se alcançar a proteção social em saúde.

(Quarta reunião, 18 de junho de 2013)

**CE152.R5: Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os
Programas Nacionais de Imunização**

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização* (Documento CE152/14),

RESOLVE:

Recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução nos seguintes termos:

**FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS BASEADAS EM DADOS COMPROVADOS
PARA OS PROGRAMAS NACIONAIS DE IMUNIZAÇÃO**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento *Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização* (Documento CD52/__);

Reconhecendo a crescente necessidade de que os governos tenham sólidas bases de evidências para suas decisões sobre alocação de recursos, a fim de assegurar resultados de saúde positivos, equitativos e sustentáveis;

Recordando o compromisso de todos os Estados Membros e interessados diretos de reforçar as capacidades decisórias nacionais sobre imunização baseadas em dados comprovados, documentado no plano global de imunização endossado pela 65ª Assembleia Mundial da Saúde;

Ciente dos esforços em curso para institucionalizar em saúde pública a tomada de decisões baseadas em dados comprovados, conforme declarado na Resolução CSP28.R9 e reconhecendo a capacidade existente em vários países de fomentar um incremento mais amplo desses esforços;

Observando a necessidade de que os Estados Membros preparem e planejem para avaliar a adoção das vacinas em estudos, que pode ocorrer a um custo substancialmente maior que o das vacinas tradicionais, mantendo ao mesmo tempo outros avanços em imunização,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a:
 - (a) implementar, em colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana e outros interessados diretos relevantes, os enfoques de política descritos no documento *Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização*, com ênfase em:
 - i. estabelecer formalmente e fortalecer grupos técnicos assessores nacionais sobre imunização existentes ou outros órgãos regionais de política que sirvam aos mesmos propósitos, como é o caso do Comitê Assessor do Caribe, que fornece recomendações para toda a sub-região;
 - ii. fundamentar a formulação de políticas de imunização numa ampla base de provas nacionais, compreendendo os critérios técnicos, programáticos, financeiros e sociais necessários para tomar decisões informadas;
 - iii. desenvolver, onde seja identificada tal necessidade, grupos técnicos de trabalho para sintetizar e/ou gerar provas derivadas localmente para informar as recomendações dos grupos técnicos assessores nacionais sobre imunização;
 - iv. institucionalizar as atividades para harmonizar os processos de planejamento e determinação de custos dos programas nacionais de imunização, criando fortes vínculos entre os usos de informações sobre custos em orçamentação, planejamento e tomada de decisões;
 - v. compartilhar essas experiências para avaliar outras intervenções de saúde dentro da estrutura conceitual de avaliação de tecnologia em saúde.
 - (b) buscar medidas para formalizar esses enfoques de política mediante:
 - i. efetivação de contextos jurídicos abrangentes para promover e proteger a tomada de decisões baseadas em dados comprovados no âmbito da imunização;
 - ii. garantia de um pequeno orçamento para apoiar a coleta e síntese de dados e o uso de provas no processo decisório para imunização.
2. Instar a Diretora a:
 - (a) continuar dando apoio institucional aos Estados Membros para fortalecer as

- capacidades de geração e uso de provas científicas em seus processos decisórios nacionais sobre imunização, através da Iniciativa ProVac, do programa regional de imunização;
- (b) fomentar a participação dos Estados Membros na Rede ProVac de Centros de Excelência;
 - (c) promover entre os Estados Membros a harmonização dos processos de planejamento e determinação de custos dos programas nacionais, considerando os aspectos específicos de cada país;
 - (d) apoiar os esforços de mobilização de recursos para permitir que o programa regional de imunização continue os esforços da Iniciativa ProVac.
 - (e) prestar assessoria sobre políticas e facilitar o diálogo a fim de fortalecer a governança e coesão das políticas e evitar a influência indevida de reais ou potenciais conflitos de interesse.

(Quarta reunião, 18 de junho de 2013)

CE152.R6: Uso do Saldo Decorrente da Conclusão de Projetos da Conta Especial

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o documento CE152/20 sobre o estado da execução dos projetos da Conta Especial desde 30 de abril de 2013;

Levando em conta que o projeto 3.A “Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA, Fase 1” foi concluído deixando um saldo US\$ 80.249¹ e que o projeto 3.C “Fortalecimento da Capacidade da Organização para Cumprir os IPSAS em 2010” foi também concluído, deixando um saldo de \$13.088;

Observando que a Repartição Sanitária Pan-Americana propõe transferir ambos os saldos anteriormente mencionados para o projeto 3D “Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA, Fase 2”, o que representaria um aumento de \$93.337 na alocação a este projeto,

¹ Neste documento, salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias são expressas em dólares dos Estados Unidos.

RESOLVE:

1. Reduzir o financiamento da Conta Especial aprovado para o projeto 3.A “Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA, Fase 1” em \$80.249, fixando o financiamento total do projeto 3.A em \$919.751.
2. Reduzir o financiamento da Conta Especial aprovado para o projeto 3.C “Fortalecimento da Capacidade da Organização para Cumprir os IPSAS em 2010” em \$13.088, fixando o financiamento total do projeto 3.C em \$286.912.
3. Aumentar o financiamento do projeto 3.D “Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA – Fase 2” no total de \$93.337; o financiamento total da Conta Especial para o projeto 3.D montará a \$9.228.337.

(Quarta reunião, 18 de junho de 2013)

CE152.R7: Projeto de Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o *Projeto de Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019* (Documento CE152/10, Rev. 1) apresentado pela Diretora em colaboração com o Grupo Consultor de Países para elaboração do Plano;

Confirmando a informação dada pelo Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração;

Confirmando a informação dada pelo Presidente do Grupo Consultor de Países;

Prevendo que a Repartição Sanitária Pan-Americana levará em consideração as observações do Comitê Executivo e os resultados das consultas nacionais na finalização do Plano Estratégico,

RESOLVE:

Recomendar ao 52º Conselho Diretor que aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

**PROJETO DE PLANO ESTRATÉGICO DA
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2014–2019**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o *Projeto de Plano Estratégico da OPAS 2014–2019* apresentado pela Diretora (*Documento Oficial__*);

Observando que o Plano Estratégico fornece um marco flexível de vários biênios para guiar e assegurar a continuidade na preparação de programas e orçamentos e planos operacionais por três biênios, e que o Plano Estratégico atende à Agenda de Saúde para as Américas, aos mandatos regionais e às prioridades coletivas dos Estados Membros, assim como ao duodécimo programa global de trabalho da Organização Mundial da Saúde;

Acolhendo bem a visão estratégica do Plano, sob o tema “Em defesa da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”, que se concentra na redução das inequidades em saúde na Região internamente e entre países e territórios ao abordar os determinantes sociais da saúde e a concretização gradual da cobertura universal de saúde;

Reconhecendo o processo participativo para a formulação do Plano Estratégico através do Grupo Consultor de Países (CCG) e, de modo mais amplo, de consultas nacionais realizadas pelos Estados Membros em colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA);

Reconhecendo que o Plano Estratégico representa uma série abrangente e coletiva de resultados que a Organização Pan-Americana da Saúde (Estados Membros e RSPA) almeja alcançar, e que os relatórios futuros da implementação do Plano Estratégico constituirão o modo primário de responsabilidade programática da RSPA e dos Estados Membros;

Elogiando o avanço em transparência e planejamento baseado em resultados que este Plano Estratégico representa;

Reconhecendo a necessidade da RSPA de canalizar seus esforços e recursos às prioridades regionais de saúde coletiva de modo a contribuir para assegurar que todos os povos da Região gozem de ótima saúde,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019 (*Documento Oficial__*).
2. Agradecer aos membros do CCG por seu compromisso e aporte técnico e estratégico no desenvolvimento do Plano Estratégico 2014–2019 e expressar o seu

agradecimento à Diretora pelo apoio eficaz de todos os níveis da RSPA ao CCG e ao enfoque participativo usado neste importante processo.

3. Levando em consideração as prioridades e contextos de cada país, incentivar aos Estados Membros a determinar as ações a serem tomadas e os recursos necessários a fim de alcançar as metas do Plano Estratégico.

4. Convidar as organizações pertinentes do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano, parceiros no desenvolvimento internacional, instituições financeiras internacionais, organizações não governamentais, o setor privado e outras entidades a considerarem a possibilidade de apoiar o alcance dos resultados incluídos no Plano Estratégico.

5. Examinar a avaliação intermediária do Plano Estratégico 2014–2019 com o objetivo de revisar o Plano, inclusive seus indicadores e metas, como possa ser necessário.

6. Solicitar à Diretora a:

- (a) usar o Plano Estratégico para dar direção estratégica à Organização durante o período de 2014–2019 de modo a estimular o progresso da Agenda de Saúde para as Américas e da Agenda Global de Saúde contida no duodécimo segundo programa geral de trabalho da Organização Mundial da Saúde;
- (b) usar o Plano Estratégico e a estratificação das prioridades programáticas estabelecidas no Plano, como o marco principal para coordenação e mobilização de recursos;
- (c) instituir um sistema abrangente e responsável de monitoramento e avaliação, com aporte dos Estados Membros, para prestar informações sobre a implementação do Plano Estratégico usando e expandindo, conforme necessário, os sistemas existentes de informação da Organização;
- (d) prestar informações sobre a implementação do Plano Estratégico em relatórios bienais de avaliação do desempenho;
- (e) realizar uma avaliação intermediária e uma avaliação ao final do Plano Estratégico;
- (f) recomendar ao Conselho Diretor, através do Comitê Executivo, junto com os projetos bienais de programa e orçamento 2016–2017 e 2018–2019, as revisões do Plano Estratégico conforme necessário.

(Sexta reunião, 19 de junho de 2013)

CE152.R8: Modificações do Regulamento Financeiro

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre as modificações propostas no Regulamento Financeiro, conforme constam no Anexo A do Documento CE152/18;

Levando em consideração que essas modificações no Regulamento Financeiro refletem melhores práticas modernas de gestão que aumentam a eficiência e eficácia da implementação do Programa e Orçamento, bem como das operações administrativas que apoiam os programas técnicos da OPAS,

RESOLVE:

Recomendar ao 52º Conselho Diretor que aprove a modificação dos artigos III e IV do Regulamento Financeiro adotando a seguinte resolução:

MODIFICAÇÕES DO REGULAMENTO FINANCEIRO

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações propostas no Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde que constam no Anexo A do Documento CD52/__,

Levando em consideração que essas modificações no Regulamento Financeiro refletem melhores práticas de gestão modernas que aumentam a eficiência e eficácia da implementação do Programa e Orçamento, bem como das operações administrativas que apoiam os programas técnicos da OPAS,

RESOLVE:

Aprovar a modificação dos artigos III e IV do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde, referentes ao Programa e Orçamento e as

Dotações do Orçamento Ordinário, conforme constam no Anexo A do Documento CD52/__, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2014.

(Sexta reunião, 19 de junho de 2013)

CE152.R9: Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a Organização Pan-Americana da Saúde

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração sobre as *Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS* (Documento CE152/6);

Ciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não Governamentais,*

RESOLVE:

1. Renovar as relações oficiais entre a OPAS e as seguintes organizações não governamentais (ONGs) por um período de quatro anos:
 - (a) Sociedade Americana de Microbiologia (ASM),
 - (b) Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS),
 - (c) Federação Internacional de Diabetes (FID),
 - (d) Federação Latino-americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA),
 - (e) March of Dimes,
 - (f) U.S. Pharmacopeia Convention (USP) dos Estados Unidos, e
 - (g) Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS, anteriormente Associação Mundial de Sexologia).
2. Admitir a Associação Americana de Saúde Pública (APHA) a manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos.
3. Tomar nota do relatório de progresso sobre a situação das relações entre a OPAS e as organizações não governamentais.
4. Solicitar à Diretora que:
 - (a) informe as respectivas ONGs das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
 - (b) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as ONGs interamericanas de interesse à Organização nas áreas que se enquadram nas prioridades programáticas que os Órgãos Diretivos adotaram para a OPAS e

- (c) prossiga estimulando relações entre os Estados Membros e ONGs que atuam na área da saúde.

(Sexta reunião, 19 de junho de 2013)

CE152.R10: Prêmio OPAS em Administração (2013)

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o *Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração (2013)* (Documento CE152/5, Add. I);

Tendo presentes as disposições dos procedimentos e diretrizes para outorgar o Prêmio da OPAS para Administração, conforme aprovadas pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificadas pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994), e pelo Comitê Executivo em suas 124ª (1999), 135ª (2004), 140ª (2007) e 146ª (2010) sessões,

RESOLVE:

1. De acordo com a recomendação do Júri, adjudicar o Prêmio OPAS em Administração 2013 ao Dr. Brendan Courtney Bain, da Jamaica, por suas vastas contribuições na área da administração e seus esforços para fortalecer a força de trabalho de saúde pública no Caribe através da educação, do ensino e da pesquisa.
2. Parabenizar o Dr. Brendan Courtney Bain pelo seu profissionalismo e destacado trabalho em benefício dos países da Região.
3. Transmitir o *Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração (2013)* (Documento CE152/5, Add. I) ao 52º Conselho Diretor.

(Sétima reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R11: Modificações do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as modificações do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no Anexo A do Documento CE152/22;

Considerando as disposições do Artigo 020 do Regulamento de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana;

Reconhecendo a necessidade de uniformidade nas condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde,

RESOLVE:

Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento de Pessoal, as modificações feitas pela Diretora em vigor a partir de 1º de julho de 2013 com respeito a: políticas de nomeação, horário de trabalho e frequência, idade obrigatória de aposentadoria, término das nomeações e subsídio de educação, como segue:

420. POLÍTICAS DE NOMEAÇÃO

...

420.3 Uma “nomeação de prazo fixo” é uma nomeação por tempo limitado por um ano ou mais. Qualquer prorrogação está sujeita aos termos determinados pela Repartição.

420.4 Uma “nomeação temporária” é uma nomeação por tempo limitado por menos de um ano. Uma nomeação temporária pode ser prorrogada, contanto que a duração total de serviço ininterrupto em nomeações temporárias consecutivas não seja superior a dois anos. Um funcionário que completou o período máximo de serviço ininterrupto em uma ou mais nomeações temporárias não pode ser empregado pela Organização a menos que tenham transcorrido mais de 30 dias da sua exoneração do serviço. Empregos futuros estão sujeitos aos termos estabelecidos pela Repartição.

610. HORÁRIO DE TRABALHO E FREQUÊNCIA

...

610.5 Não será pago salário aos funcionários em relação aos períodos de ausência não autorizada do trabalho contanto que esta ausência se deu por motivos de força maior. O pagamento do salário pode ficar em suspenso enquanto se aguarda uma determinação sobre os motivos para a ausência não autorizada do funcionário. Se for determinado que a ausência se deu por motivos de força maior, o salário retido será pago.

1020. APOSENTADORIA

1020.1 O pessoal deve se aposentar no último dia do mês no qual eles atingem a idade de aposentadoria, especificamente quando atingem:

(1) Idade de 60 anos, se eles se tornaram membros do Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas antes de 1º de janeiro de 1990.

(2) Idade de 62 anos, se eles se tornaram membros do Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas em ou após 1º de janeiro de 1990.

(3) Idade de 65 anos, se eles se tornaram membros do Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas em ou após 1º de janeiro de 2014.

1020.2 Em circunstâncias excepcionais, a nomeação de um funcionário pode ser prorrogada além da idade obrigatória da sua aposentadoria contanto que a prorrogação seja do interesse da Repartição e não deve ser concedida prorrogação superior a um ano por vez. Em nenhuma circunstância será concedida prorrogação além do sexagésimo quinto aniversário do funcionário.

1020.3 Um funcionário, cujos anos de serviço e idade o qualificam a receber com a exoneração benefício de aposentadoria antecipada de acordo com as regulamentações do Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas, pode aposentar-se antes da idade normal de aposentadoria, sujeito às disposições do Artigo 1010.

1040. TÉRMINO DAS NOMEAÇÕES

1040.1 Nomeações de prazo fixo e temporárias não portam o direito de prorrogação ou conversão da nomeação. Na ausência de oferta e aceitação de prorrogação, tais nomeações serão concluídas ao término do período de serviço contratado.

1040.1.1 Um funcionário com contrato a prazo fixo será notificado do término da nomeação com antecedência mínima de três meses da data do término.

1040.1.2 Um funcionário com contrato temporário será normalmente notificado do término da nomeação com antecedência mínima de um mês da data do término. O aviso prévio não será necessário no caso de um funcionário com nomeação temporária que atingiu a duração máxima de serviço ininterrupto em nomeações temporárias consecutivas, como definido no Artigo 420.4 do Regulamento de Pessoal.

1040.2 A critério da Repartição, pode ser feito o pagamento a um funcionário em lugar do período de aviso prévio prescrito no Artigo 1040.1. Os funcionários com direito à renomeação que não queiram usufruir deste direito terão de dar aviso prévio dentro do período mínimo especificado anteriormente.

1040.3 Quando uma nomeação de prazo fixo ou temporária termina durante a licença-maternidade, a licença-paternidade conforme o caso, ou a licença por adoção, a nomeação pode ser prorrogada por um período determinado, e sob as condições estabelecidas pela Repartição.

**[MODIFICAÇÃO RELATIVA AO SUBSÍDIO DE EDUCAÇÃO
(APÊNDICE 2 DO REGULAMENTO DO PESSOAL DA RSPA)]**
**DIREITOS A SUBSÍDIOS DE EDUCAÇÃO APLICÁVEIS EM CASOS EM QUE AS DESPESAS
EDUCACIONAIS INCIDEM EM MOEDAS E PAÍSES ESPECÍFICOS**
(em vigor a partir do ano escolar em curso em 1^o de janeiro de 2013)

<i>País/ moeda</i>	<i>(1)</i>	<i>(2)</i>	<i>(3)</i>	<i>(4)</i>	<i>(5)</i>	<i>(6)</i>
	<i>Despesas máximas admissíveis com educação e subsídio máximo para filhos com deficiência</i>	<i>Subsídio máximo de educação</i>	<i>Valores uniformes sem regime de internato</i>	<i>Valores uniformes adicionais para regime de internato (para pessoal em postos de serviço designados)</i>	<i>Subsídio máximo para pessoal em postos de serviço designados</i>	<i>Despesas máximas admissíveis para assiduidade (somente quando o valor uniforme para regime de internato for pago)</i>
Parte A						
Áustria (euro)	18 240	13 680	3 882	5 824	19 504	13 064
Bélgica (euro)	16 014	12 011	3 647	5 470	17 481	11 152
Dinamarca (coroa dinamarquesa)	122 525	91 894	28 089	42 134	134 028	85 073
França ¹ (euro)	11 497	8 623	3 127	4 691	13 314	7 328
Alemanha (euro)	20 130	15 098	4 322	6 484	21 582	14 368
Irlanda (euro)	17 045	12 784	3 147	4 721	17 505	12 849
Itália (euro)	21 601	16 201	3 223	4 836	21 037	17 304
Países Baixos (euro)	18 037	13 528	3 993	5 990	19 518	12 713
Espanha (euro)	17 153	12 864	3 198	4 797	17 661	12 888
Japão (iene)	2 324 131	1 743 098	609 526	914 290	2 657 388	1 511 429
Suécia (coroa sueca)	157 950	118 462	26 219	39 328	157 790	175 641
Suíça (franco suíço)	32 932	24 699	5 540	8 310	33 009	25 545
Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (libra esterlina)	25 864	19 398	3 821	5 731	25 129	20 769
Parte B						
Dólar dos Estados Unidos (fora os Estados Unidos)	21 428	16 071	3 823	5 735	21 806	16 331
Parte C						
Dólar dos Estados Unidos (nos Estados Unidos) ²	45 586	34 190	6 265	9 399	43 589	37 233

(Sétima reunião, 20 de junho de 2013)

¹ Salvo nas seguintes escolas onde o dólar dos Estados Unidos nos níveis dos Estados Unidos será aplicado: (a) Escola Americana de Paris; (b) Universidade Americana de Paris; (c) Escola Britânica de Paris; (d) École Active Bilingue Victor Hugo; (e) Escola Europeia de Administração de Lyon; (f) Escola Internacional de Paris; (g) Marymount School de Paris; (h) École Active Bilingue Jeanine Manuel.

² O dólar dos Estados Unidos nos Estados Unidos se aplica, como medida especial, na China, Indonésia, Hungria, Romênia e Federação Russa. As medidas especiais em vigor no ano escolar em curso em 1^o de janeiro de 2013 na Romênia estão suspensas. As medidas especiais são introduzidas na Tailândia e na Escola Americana Cooperativa em Tunis, Tunísia, e na Escola Americana Internacional de Joanesburgo, África do Sul.

CE152.R12: Agenda Provisória do 52o Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória preparada pela Diretora da OPAS para o 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como Anexo A ao Documento CE152/3;

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 Diretor,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória preparada pela Diretora para o 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Sétima reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R13: Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento, *Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas* (Documento CE152/15),

RESOLVE:

A recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NAS AMÉRICAS

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento *Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas* (Documento CD52/__);

Considerando a Resolução 33/134 das Nações Unidas, que respalda o Plano de Ação de Buenos Aires com respeito à cooperação técnica entre países em desenvolvimento (1978); a Resolução A/RES/64/222 das Nações Unidas, que respalda o documento de resultado da conferência de alto nível das Nações Unidas sobre

Cooperação Sul-Sul, realizada em Nairóbi (2009), e a declaração da Parceria Busan para uma Cooperação para o Desenvolvimento Eficaz (2011);

Recordando a Resolução EB60.R4 do Conselho Executivo da OMS, que recomenda que os programas e atividades promovam e estimulem a cooperação entre países, e a Resolução CD25.R28 do Conselho Diretor de OPAS, que recomenda que estes programas de cooperação técnica sejam conduzidos conjuntamente por países de dentro e fora de grupos sub-regionais;

Levando em consideração os relatórios fornecidos pela Repartição Sanitária Pan-Americana em 1980 (27^o Conselho Diretor), 1984 (30^o Conselho Diretor), 1985 (31^o Conselho Diretor), 1986 (22^a Conferência Sanitária Pan-Americana), 1998 (25^a Conferência Sanitária Pan-Americana), e 2005 (46^o Conselho Diretor) sobre o progresso na execução de iniciativas de cooperação técnica entre países dentro de OPAS;

Consciente de que tanto a cooperação internacional de saúde como o conceito da cooperação técnica entre os países em desenvolvimento têm evoluído com o passar do tempo em direção a um conceito mais amplo de cooperação entre países e as parcerias horizontais que podem incluir uma ampla gama de atores de desenvolvimento da saúde, inclusive entidades governamentais, organizações multilaterais, setor privado, sociedade civil, e instituições acadêmicas, entre outros;

Observando que a ajuda ao desenvolvimento tradicional para a saúde está descendendo entre os países de renda média, inclusive a maioria daqueles na Região das Américas, e que os mecanismos complementários do desenvolvimento e cooperação da saúde devem ser fomentados e fortalecidos para dar seguimento ao progresso das agendas regionais e globais de saúde;

Reconhecendo que muitos países e parceiros na Região fizeram importantes avanços de desenvolvimento da saúde e adquiriram o conhecimento especializado de desenvolvimento que talvez seja benéfico a outros na Região e em outras regiões; e apreciando que muitos países na Região participam ativamente na cooperação Sul-Sul, triangulares e outras formas de cooperação entre países, particularmente em questões de desenvolvimento da saúde,

RESOLVE:

1. Aprovar a política renovada para a cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas como consta do Documento CD52/___.

2. Instar os Estados Membros a:

- (a) continuar a promover a causa em fóruns e diálogos internacionais para mobilizar a vontade política e recursos visando apoiar e fortalecer ainda mais a cooperação entre países e outros contribuintes e solidificar a sua função como um enfoque complementar para a cooperação internacional;
- (b) iniciar, conduzir e administrar iniciativas de cooperação para o desenvolvimento da saúde e continuar os esforços em curso para fortalecer a capacidade nacional para participar em cooperação internacional de saúde dentro de e entre as regiões, coordenando com a OPAS, a critério de cada Estado Membro;
- (c) promover e intensificar iniciativas em curso para compartilhar práticas e experiências adequadas que depois formam a base para intercâmbios e aprendizagem coletiva entre países, inclusive compartilhar metodologias para a avaliação de atividades de cooperação entre países;
- (d) apoiar a mobilização dos recursos para fortalecer a cooperação para o desenvolvimento da saúde na Região e em todas as regiões;
- (e) identificar instituições nacionais associadas com a OPAS/OMS para a cooperação técnica que talvez possam participar de iniciativas de cooperação técnica com países da Região em matérias específicas;
- (f) promover a harmonização e alinhamento entre a agendas dos organismos sub-regionais em matéria de saúde e a agenda da OPAS a fim de fortalecer a cooperação entre os países, organismos e outros agentes de mudança para abordar de maneira eficaz os problemas comuns em matéria de saúde.

3. Solicitar a Diretora a:

- (a) promover e colaborar com os Estados Membros e outros contribuintes nos esforços de cooperação Sul-Sul e triangular e mobilização de recursos, para fortalecer a cooperação entre países como uma modalidade viável e sustentável da cooperação para o desenvolvimento da saúde;
- (b) incorporar a política sobre cooperação para o desenvolvimento da saúde nos programas de cooperação técnica da Organização e no novo plano estratégico, porém evitando a duplicação de esforços na Região;
- (c) promover a função de intermediação da Organização e facilitar a vinculação de oferta e procura de conhecimentos especializados de saúde, experiência e tecnologia no âmbito nacional, regional e global em coordenação com outros escritórios da OMS, outras agências do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano, e outros parceiros, principalmente aquelas entidades que apoiam o desenvolvimento sanitário e a assistência humanitária no âmbito da saúde,

- inclusive o desenvolvimento de mecanismos apropriados para os intercâmbios inter-regionais;
- (d) fortalecer as relações com os organismos sub-regionais, inclusive, conforme apropriado, mediante acordos que designem a Organização como sua agência especializada em saúde, a fim de facilitar a execução do papel estratégico da OPAS na coordenação e otimização da cooperação entre países;
 - (e) facilitar a elaboração das metodologias e diretrizes para o exame e avaliação prévia e posterior das modalidades de cooperação e seu impacto no desenvolvimento da saúde para fortalecer os enfoques com base científica e identificar qual a melhor forma de se usar essas modalidades para fortalecer e acelerar o progresso da saúde na Região;
 - (f) dar seguimento ao desenvolvimento e o aperfeiçoamento da plataforma regional de compartilhamento de conhecimento para facilitar o intercâmbio de práticas adequadas e metodologias baseadas nas experiências dos países;
 - (g) promover a criação de parcerias estratégicas e redes sustentáveis e flexíveis entre instituições nacionais e sub-regionais, centros regionais de excelência e atores não governamentais que podem ser convocadas para lidar com questões de saúde compartilhadas dentro de e entre as regiões;
 - (h) fortalecer os mecanismos de cooperação técnica entre países, promovendo seu uso estratégico para abordar as prioridades e problemas da saúde específicos que são abordados com mais eficácia através da ação coletiva dentro de e entre as regiões;
 - (i) apresentar ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana avaliações periódicas da implementação da política para a cooperação para o desenvolvimento sanitário nas Américas, com o propósito de colocar em evidência os possíveis desafios e/ou fatores de sucesso que possam contribuir para melhorar ainda mais a política, com início na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

(Oitava reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R14: Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento de concepção *Doença Renal Crônica nas Comunidades Agrícolas da América Central* (Documento CE152/25),

RESOLVE:

Recomendar ao 52º Conselho Diretor que aprove uma resolução de acordo com os seguintes termos:

**DOENÇA RENAL CRÔNICA EM COMUNIDADES
AGRÍCOLAS DA AMÉRICA CENTRAL**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central* (Documento CD52/__);

Lembrando a importância que os Estados Membros conferem ao objetivo de alcançar a cobertura universal de saúde e o acesso equitativo aos serviços de saúde;

Ciente da Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (A/66/L.1);

Reconhecendo a existência da doença renal crônica nas comunidades agrícolas da América Central e a necessidade de pesquisas adicionais urgentes para fornecer uma resposta baseada em evidências;

Levando em consideração a Declaração de San Salvador, que reconhece a doença renal crônica como um grave problema de saúde pública que requer ação urgente;

Ciente da obrigação dos Estados Membros de oferecer uma resposta completa, integrada e solidária aos problemas de saúde de suas populações,

RESOLVE:

1. Tomar conhecimento do documento conceitual *Doença Renal Crônica nas Comunidades Agrícolas da América Central* (Documento CD52/ __).
2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado, a:
 - a) respaldar a Declaração de San Salvador, que reconhece a doença renal crônica de causas não tradicionais na América Central como um grave problema de saúde pública;

- b) promover a elaboração e a implementação de agendas de pesquisas nacionais e regionais para a doença renal crônica que permitam acabar com as lacunas no conhecimento;
- c) desenvolver um enfoque interministerial e estabelecer alianças com outros setores do governo, agências de desenvolvimento, sociedade civil, comunidades afetadas, meio acadêmico, iniciativa privada e outros interessados para coordenar os esforços, mobilizar recursos, estabelecer planos a nível regional, nacional e subnacional e priorizar a sustentabilidade das ações para a promoção de políticas públicas baseadas em evidências e aliviar com urgência as consequências sociais, econômicas e de saúde da doença;
- d) fortalecer a vigilância da doença renal crônica com foco nas populações e comunidades em risco;
- e) fortalecer suas capacidades em relação com a saúde ambiental e ocupacional, levando em consideração os sistemas reguladores e os compromissos e as normas internacionais;
- f) fortalecer a rede de serviços de saúde para melhorar a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes, a disponibilidade de recursos humanos, medicamentos e tecnologias em saúde e o financiamento do conjunto de prestações baseadas em evidências.

3. Instar a Diretora a:

- a) continuar defendendo a mobilização efetiva de recursos e encorajar os Estados Membros a exercer um papel ativo na aplicação desta resolução;
- b) prestar apoio técnico ao fortalecimento dos sistemas de vigilância e facilitar o avanço das prioridades de pesquisa para a doença renal crônica;
- c) promover o fortalecimento das capacidades dos países em relação com a saúde ambiental e ocupacional, levando em consideração os sistemas reguladores e os compromissos e as normas internacionais;
- d) prestar apoio aos esforços dos países para o enfoque integral da doença renal crônica baseados em evidências, incluindo a gestão de recursos humanos e os mecanismos de compra de medicamentos e outras provisões essenciais de saúde pública como o Fundo Estratégico da OPAS, a fim de aumentar a cobertura, o acesso e a qualidade da atenção;

- e) continuar alertando os países que poderiam enfrentar situações similares e apresentar anualmente aos Órgãos Diretivos a situação de progresso na execução desta resolução.

(Oitava reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R15: Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis~

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* (Documento CE152/13, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE
DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* (Documento CD52/___);

Considerando a *Estratégia da OPAS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* (Documento CSP28/9, Rev. 1), que fornece uma estrutura geral para a ação no tocante às doenças não transmissíveis (DNTs) na Região para o período 2012-2025; o consenso em torno da estrutura de monitoração global das DNTs da Organização Mundial da Saúde (OMS), que compreende nove metas globais voluntárias e 25 indicadores, inclusive uma meta global de redução de 25% da mortalidade prematura por DNTs até 2025; bem como o plano de ação global da OMS para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013-2020, que estabelece ações para o Secretariado, os Estados Membros e parceiros;

Reconhecendo que a morbidade e mortalidade das DNTs impõem ônus socioeconômicas substanciais, principalmente porque mais de um terço das mortes devidas às DNTs são prematuras, e que este ônus representa uma ameaça ao desenvolvimento regional e nacional;

Reconhecendo que os determinantes sociais da saúde são grandes propulsores da epidemia de DNTs e levam a um ônus desproporcionado das DNTs em populações social e economicamente vulneráveis, o que requer ações multissetoriais¹ urgentes para a prevenção e controle das DNTs;

Reconhecendo que estão disponíveis intervenções eficazes em termos de custo e baseadas em dados comprovados para a prevenção e controle de DNTs, inclusive intervenções de políticas públicas, bem como o fortalecimento de serviços de saúde com base na atenção primária, e para a provisão de medicamentos e tecnologias essenciais;

Reconhecendo que há grandes inequidades no acesso aos serviços de prevenção e tratamento de DNTs nos países e entre países da Região, e que essas inequidades têm implicações para o desenvolvimento;

Reconhecendo a necessidade de coordenação e liderança regional na promoção e monitoramento da ação regional contra DNTs e envolvimento de todos os setores, conforme apropriado, tanto no âmbito governamental como no âmbito de uma ampla gama de atores não estatais, em apoio aos esforços nacionais para reduzir o ônus das DNTs e a exposição a seus fatores de risco,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* para 2013-2019.
2. Instar os Estados Membros a:
 - (a) dar prioridade às DNTs nas agendas de desenvolvimento nacional e sub-regional da saúde, e defender nos níveis mais altos a implementação sustentável de intervenções eficazes em termos de custo e baseadas em dados comprovados para prevenir e controlar as DNTs;
 - (b) implementar políticas, programas e serviços nacionais e sub-regionais de DNTs alinhados com o plano regional de ação para as DNTs e adequados ao contexto e circunstâncias de cada Estado Membro e sub-região;

¹ O enfoque multissetorial à saúde inclui todos os enfoques governamentais e todos os enfoques da sociedade civil. No âmbito governamental, inclui (conforme apropriado) a incorporação da saúde em todas as políticas e enfoques pangovernamentais em setores como saúde, educação, energia, agricultura, esportes, transporte, comunicações, planejamento urbano, meio ambiente, trabalho e emprego, indústria e comércio, finanças, e desenvolvimento econômico e social. Os enfoques da sociedade incluem todos os atores interessados, desde os indivíduos, famílias e comunidades às organizações intergovernamentais e instituições religiosas, a sociedade civil, a comunidade acadêmica, os meios de comunicação, as associações de voluntários e, onde e quando for o caso, a iniciativa privada e a indústria.

- (c) promover diálogo e coordenação entre os ministérios e outras instituições públicas e acadêmicos e escritórios das Nações Unidas nos países, e com os setores público e privado e a sociedade civil, com o objetivo de executar de forma integrada intervenções eficazes de prevenção de DNTs que levem em consideração os determinantes sociais da saúde;
- (d) elaborar e promover políticas e planos nacionais multissetoriais de saúde que protejam e promovam a saúde de populações inteiras reduzindo a exposição a fatores de risco de DNTs e intensificando a exposição a fatores de proteção, particularmente entre as pessoas que vivem em situações vulneráveis;
- (e) aumentar e manter a capacidade da saúde pública para o eficaz planejamento, execução e administração de programas, reconhecendo que a prevenção eficaz e o controle das DNTs requer uma mescla de políticas para o conjunto da população e intervenções individuais, com acesso equitativo a prevenção, tratamento e cuidado de qualidade no fim da vida, com ênfase no enfoque da atenção primária à saúde;
- (f) apoiar a pesquisa e a implementação sustentável de sistemas de vigilância para coletar dados sobre DNTs e seus fatores de risco, bem como informações sobre os determinantes socioeconômicos da saúde, para montar a base de conhecimentos sobre políticas equitativas e eficazes em termos de custo e definir intervenções para prevenir e controlar as DNTs.

3. Solicitar à Diretora que:

- (a) lidere uma resposta regional às DNTs, convocando os Estados Membros, outras agências das Nações Unidas, instituições científicas e técnicas, organizações não governamentais, organizações da sociedade civil, o setor privado e outros para avançar ações multissetoriais e parcerias colaborativas com o fim de implementar o Plano de Ação para Prevenção e Controle de DNTs e ao mesmo tempo salvaguardar a OPAS e as políticas de saúde pública da influência indevida por qualquer forma de conflito de interesses real, percebido ou potencial de uma maneira que complemente o mecanismo de coordenação global da OMS;
- (b) apoiar as redes regionais existentes, como a CARMEN, alianças estratégicas como o Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNTs, órgãos sub-regionais de DNTs e os Estados Membros para promover e fortalecer a resposta de toda a sociedade e todo o governo; e facilitar diálogo entre os países e o compartilhamento das experiências e lições sobre as experiências inovadoras e de sucesso nas políticas, programas e serviços das DNTs;
- (c) apoiar os Estados Membros nos seus esforços para fortalecer os seus sistemas de informação sanitária para monitorar as DNTs, seus fatores de risco, indicadores socioeconômicos relevantes e o impacto das intervenções de saúde pública;

- (d) apoiar a manutenção das estratégias regionais para controle de DNTs e fatores de risco específicos que estão informando a estratégia e plano de ação regional para as DNTs, inclusive a formulação ou adaptação de diretrizes técnicas e ferramentas para DNTs e fatores de risco específicos a fim de facilitar a implementação do plano de ação;
- (e) monitorar a implantação do Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis para 2013-2019, nos pontos médio e final do período de execução, e fornecer ao Conselho Diretor da OPAS um relatório a esse respeito.

(Oitava reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R16: Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o *Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015* (Documento CE152/11, Rev. 1), o primeiro Programa e Orçamento do Plano Estratégico 2014-2019 e o primeiro a ser executado com a nova Política do Orçamento da OPAS;

Tendo considerado o *Relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração* (Documento CE152/4);

Reconhecendo o processo participativo seguido na preparação deste projeto mediante o trabalho do Grupo Consultor de Países (CCG) e as consultas nacionais;

Observando os esforços da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para propor um programa e orçamento que leve em consideração o clima financeiro tanto global como regional e suas implicações para os Estados Membros e a posição dos Estados Membros de crescimento nominal zero nas contribuições fixas;

Observando que o crescimento nominal zero nas contribuições fixas representa a absorção de US\$21,4¹ milhões nos custos com implicações programáticas correspondentes e requer maior ênfase nas prioridades e melhorar a eficiência para compensar a redução nos recursos;

¹ Neste documento, salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias são expressas em dólares dos Estados Unidos.

Levando em consideração os constantes esforços da RSPA para melhorar a eficácia, eficiência, responsabilidade e transparência, bem como para manter sua relevância ao abordar prioridades coletivas dos Estados Membros como esboçado no Plano Estratégico 2014-2019;

Ciente do impacto que o pagamento oportuno das contribuições fixas tem na capacidade da Organização de planejar e executar programas adequadamente financiados;

Reconhecendo as potenciais implicações do orçamento e programa 2014-2015 da Organização Mundial da Saúde com relação à incerteza da dotação das contribuições fixas para as regiões da OMS, aliado à tendência de redução das contribuições voluntárias para o Escritório Regional para as Américas (AMRO);

Reconhecendo que AMRO continua recebendo o menor percentual do orçamento da OMS aprovado e alocações deste orçamento;

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e os parágrafos 3.5 e 3.6 do Artigo III do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração a sua análise preliminar do Projeto de Programa e Orçamento e o respectivo relatório.
2. Expressar agradecimento ao Grupo Consultor de Países (CCG) por seu insumo e orientação estratégica na elaboração do Projeto do Programa e Orçamento.
3. Expressar agradecimento à Diretora pela liderança e atenção dedicadas, na elaboração do programa e orçamento, à aplicação da estrutura de estratificação das prioridades programáticas como insumo chave na distribuição proposta do orçamento por áreas e iniciativas do programa, para consolidar a estrutura de administração por resultados na OPAS, enfatizando a simplificação e uma maior transparência e responsabilização.
4. Solicitar à Diretora que incorpore as observações formuladas pelos Membros do Comitê Executivo ao documento revisto a ser considerado pelo 52º Conselho Diretor, e que efetue os ajustes necessários para refletir os resultados das consultas nacionais (pontos de referência, metas e ajustes de orçamento baseados nos níveis das prioridades programáticas regionais).
5. Recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os termos seguintes:

**PROJETO DO PROGRAMA E ORÇAMENTO
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2014-2015**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015 (Documento Oficial ____)*;

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (Documento CD52/____);

Observando os esforços da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para propor um programa e orçamento que levem em consideração o clima financeiro tanto global como regional e suas implicações para os Estados Membros, além do cumprimento dos compromissos dos Estados Membros e da Organização em matéria de saúde pública;

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e os parágrafos 3.5 e 3.6 do Artigo III do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a RSPA com crescimento zero nas contribuições líquidas, como esboçado no Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015.
2. Incentivar todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados a fazer contribuições voluntárias totalmente flexíveis a serem geridas em um fundo especial que compensarão a redução no orçamento ordinário (US\$ 6 milhões)¹ resultante do crescimento nominal zero, a serem usadas para lidar com as prioridades, conforme identificadas no Programa e Orçamento 2014-2015.
3. Incentivar os Estados Membros a continuar defendendo a ideia de uma parcela equitativa dos recursos da OMS e, especificamente, para que a OMS mantenha a alocação das contribuições fixas ao menos no mesmo nível do biênio atual, \$80,7 milhões.
4. Incentivar os Estados Membros a efetuar os pagamentos das suas contribuições fixas de 2013 e pagamentos em atraso para 2011 e 2012, e a se comprometerem a efetuar pagamentos dentro do prazo em 2014-2015.
5. Apropriar, para o exercício financeiro 2014-2015, o montante de \$297.340.000 da seguinte forma: (a) \$279.100.000 para o orçamento efetivo de trabalho (categorias 1 a 6),

¹ Neste documento, salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias são expressas em dólares dos Estados Unidos.

que representa crescimento nominal zero na avaliação das contribuições dos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados em relação às contribuições fixas para 2012-2013; e (b) \$18.240.000 como transferência ao Fundo de Equalização Tributária (seção 17), segundo se indica no quadro que se segue:

Área da categoria e do programa		Programas da base
		Orçamento Ordinário (em dólares dos Estados Unidos)
1	Doenças transmissíveis	
1.1	Infecções pelo HIV/AIDS e IST	4.904.000
1.2	Tuberculose	5.011.000
1.3	Malária e outras Doenças Transmitidas por Vetores (incluindo Dengue e Doença de Chagas)	5.052.000
1.4	Doenças tropicais e zoonóticas negligenciadas	3.980.000
1.5	Doenças imuno-preveníveis (incluindo manutenção da Erradicação da Poliomielite)	3.495.000
	<i>Subtotal da categoria 1</i>	22.442.000
2	Doenças não transmissíveis	
2.1	Doenças não transmissíveis e fatores de risco	12.053.000
2.2	Saúde mental	1.527.000
2.3	Violência e lesões	3.074.000
2.4	Incapacidades e reabilitação	1.509.000
2.5	Nutrição	6.233.000
	<i>Subtotal da categoria 2</i>	24.396.000
3	Determinantes da saúde e promoção da saúde em todo o curso da vida	
3.1	Saúde da mulher, da mãe, do recém-nascidos, da criança e do adolescente, e saúde sexual e reprodutiva	13.416.000
3.2	Envelhecimento e saúde	1.043.000
3.3	Gênero, equidade, direitos humanos e integração de grupos étnicos	5.501.000
3.4	Saúde e ambiente	7.198.000
3.5	Determinantes sociais da saúde	5.937.000
	<i>Subtotal da categoria 3</i>	33.095.000

Área da categoria e do programa		Programas da base
		Orçamento Ordinário (em dólares dos Estados Unidos)
4	Sistemas de saúde	
4.1	Governança e financiamento, políticas, estratégias e planos nacionais na área da saúde	10.583.000
4.2	Serviços de saúde integrados centrados nas pessoas	7.630.000
4.3	Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora	8.946.000
4.4	Informações e evidências dos sistemas de saúde	12.590.000
4.5	Recursos humanos em saúde	5.188.000
	<i>Subtotal da categoria 4</i>	44.937.000
5	Prontidão, vigilância e resposta	
5.1	Capacidade de alerta e de resposta	4.721.000
5.2	Doenças epidemiológicas e pandêmicas	6.267.000
5.3	Risco de emergências e gestão de crise	4.504.000
5.4	Inocuidade dos alimentos	3.171.000
	<i>Subtotal da categoria 5</i>	18.663.000
	Subtotal (Categorias 1 a 5)	143.533.000
6	Serviços institucionais /Funções de ativação	
6.1	Liderança e governança	56.319.000
6.2	Transparência, responsabilidade e gestão de risco	2.929.000
6.3	Planejamento estratégico, coordenação de recursos e notificação	23.987.000
6.4	Gestão e administração	43.291.000
	Gestão e administração (PMIS)	
6.5	Comunicações estratégicas	9.041.000
	<i>Subtotal da categoria 6</i>	135.567.000
	Subtotal (Categorias 1 a 6)	279.100.000
	Contribuições estimadas para o pessoal	18.240.000
	ORÇAMENTO TOTAL	297.340.000

6. Que as apropriações serão financiadas por:

(a) Contribuições estimadas no que se refere a:

Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados avaliadas pela escala adotada.....	210.640.000
(b) Receitas diversas	6.000.000
(c) Proporção da AMRO (calculada com base nas alocações 2012-2013).....	80.700.000
TOTAL	<u>297.340.000</u>

7. Que, ao fixar as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, estas contribuições sejam reduzidas ainda mais no valor correspondente ao montante de seu crédito no Fundo de Equalização Tributária, exceto que os créditos dos Estados que tributam os salários recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos no valor correspondente ao montante dos respectivos reembolsos tributários efetuados pela RSPA.

8. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, os montantes que não excederem as contribuições indicadas no parágrafo 2 estarão disponíveis para o pagamento de obrigações incorridas entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2015; apesar da provisão deste parágrafo, durante o exercício financeiro 2014-2015 as obrigações serão limitadas ao orçamento efetivo de trabalho, ou seja, as Categorias 1 a 6 do quadro de contribuições do parágrafo 2.

9. Que a Diretora estará autorizada a efetuar as transferências entre as seções de apropriação do orçamento efetivo de trabalho até uma quantia não superior a 10% da quantia apropriada para a área do programa do qual a transferência é feita; as transferências superiores a 10% entre as áreas do programa podem ser feitas com o acordo do Comitê Executivo. Todas as transferências dos créditos do orçamento devem ser notificadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

10. Que até 5% do orçamento destinado ao nível nacional será reservado como “alocações variáveis a países,” segundo estipulado na Política do Orçamento da OPAS. Os gastos das alocações variáveis a países serão autorizados pela Diretora segundo os critérios aprovados pela 2ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, como apresentados à 142ª Sessão do Comitê Executivo no Documento CE142/8. Os gastos efetuados com as alocações variáveis a países serão refletidos nas categorias correspondentes de apropriação 1 a 6 na época do relatório.

11. Que mais 5% do orçamento apropriado ao nível nacional será reservado como “componente à base de resultados” segundo estipulado na Política do Orçamento da OPAS. As alocações nos componente à base de resultados serão autorizadas pela Diretora segundo os critérios fixados na Política do Orçamento.

12. Calcular o montante de gastos no programa e orçamento para 2014-2015 a ser financiados por outras fontes em \$290.000.000, como refletido no *Documento Oficial* ____.

(Oitava reunião, 20 de junho de 2013)

CE152.R17: Contribuições Fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2014-2015

A 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que na Resolução CE152.R16 o Comitê Executivo recomendou que o 52º Conselho Diretor aprove o Programa e Orçamento da OPAS (*Documento Oficial*__);

Levando em consideração que a escala de contribuições fixas da OPAS para o período 2012-2014, se baseia na a escala de cotas de contribuição da Organização dos Estados Americanos,

RESOLVE:

Recomendar que o 52º Conselho Diretor aprove uma resolução nos seguintes termos:

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014-2015

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na Resolução CD52.R__ o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 (*Documento Oficial*__);

Levando em consideração que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de contribuições fixas a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de cotas de contribuição adotada pela Organização dos Estados Americanos para os seus membros, e que na Resolução CD52.R__ o Conselho Diretor adotou a escala de contribuições para os membros da OPAS para o biênio 2014-2015,

RESOLVE:

Estabelecer as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2014-2015 de acordo com a escala de contribuições apresentada a seguir e nos valores correspondentes, que não representa aumento nenhum em relação ao biênio 2012-2013.

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014–2015

(1) Membros	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA		Contribuição líquida	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Membros										
Antígua e Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.536.106	2.536.106	219.610	219.610			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	65.298	65.298	5.654	5.654			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	47.394	47.394	4.104	4.104			43.290	43.290
Belize	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Bolívia	0,049	0,049	51.607	51.607	4.469	4.469			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.469.861	10.469.861	906.619	906.619			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	12.608.910	12.608.910	1.091.846	1.091.846	45.000	45.000	11.562.064	11.562.064
Chile	1,189	1,189	1.252.255	1.252.255	108.437	108.437			1.143.818	1.143.818
Colômbia	1,049	1,049	1.104.807	1.104.807	95.669	95.669			1.009.138	1.009.138

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014–2015

(1) Membros	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA		Contribuição líquida	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Costa Rica	0,221	0,221	232.757	232.757	20.155	20.155			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	192.736	192.736	16.690	16.690			176.046	176.046
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Equador	0,258	0,258	271.726	271.726	23.530	23.530			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	120.065	120.065	10.397	10.397			109.668	109.668
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	176.938	176.938	15.322	15.322			161.616	161.616
Guiana	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Haiti	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	53.713	53.713	4.651	4.651			49.062	49.062
Jamaica	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014–2015

(1) Membros	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA		Contribuição líquida	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
México	8,281	8,281	8.721.549	8.721.549	755.227	755.227			7.966.322	7.966.322
Nicarágua	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	166.406	166.406	14.410	14.410			151.996	151.996
Paraguai	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
Peru	0,688	0,688	724.602	724.602	62.746	62.746			661.856	661.856
República Dominicana	0,257	0,257	270.672	270.672	23.438	23.438			247.234	247.234
Saint Kitts e Névis	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Santa Lúcia	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Trinidad e Tobago	0,180	0,180	189.576	189.576	16.416	16.416			173.160	173.160

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014–2015

(1) Membros	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA		Contribuição líquida	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Unidos da América	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.421.384	5.421.384	10.000.000	10.000.000	67.186.090	67.186.090
Uruguai	0,214	0,214	225.385	225.385	19.517	19.517			205.868	205.868
Venezuela	2,186	2,186	2.302.295	2.302.295	199.363	199.363	0	0	2.102.932	2.102.932
Subtotal	<u>99.583</u>	<u>99.583</u>	<u>104.880.815</u>	<u>104.880.815</u>	<u>9.081.969</u>	<u>9.081.969</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>105.843.846</u>	<u>105.843.846</u>
Estados Participantes										
França	0,219	0,219	230.651	230.651	19.973	19.973			210.678	210.678
Reino dos Países Baixos	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Reino Unido	0,046	0,046	48.447	48.447	4.195	4.195			44.252	44.252
Subtotal	<u>0,282</u>	<u>0,282</u>	<u>297.002</u>	<u>297.002</u>	<u>25.718</u>	<u>25.718</u>			<u>271.284</u>	<u>271.284</u>
Membros Associados										
Aruba*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2014–2015

(1) Membros	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA		Contribuição líquida	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Curaçao*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Porto Rico	0,084	0,084	88.469	88.469	7.661	7.661			80.808	80.808
Sint Maarten*	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Subtotal	<u>0,135</u>	<u>0,135</u>	<u>142.181</u>	<u>142.181</u>	<u>12.311</u>	<u>12.311</u>			<u>129.870</u>	<u>129.870</u>
TOTAL	<u>100.000</u>	<u>100.000</u>	<u>105.319.998</u>	<u>105.319.998</u>	<u>9.119.998</u>	<u>9.119.998</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>106.245.000</u>	<u>106.245.000</u>

(5) Esta coluna inclui quantias estimadas a serem recebidas pelos respectivos Governos Membro em 2010–2011 a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA, ajustados pela diferença entre a estimativa e o valor real de anos anteriores.

* Aruba, Curaçao e Sint Maarten foram admitidos como membros associados durante a 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana. A escala final está pendente de discussão com os Estados Membros e será apresentado ao Conselho Diretor em setembro de 2013.

(Oitava reunião, 20 de junho de 2013)

Decisões

CE152(D1): Adoção da Agenda

Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê adotou a agenda apresentada pela Diretora, como modificada pelo Comitê (Documento CE152/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 17 de junho de 2013)

CE152(D2): Representação do Comitê Executivo no 52o Conselho Diretor da OPAS, 65a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu nomear o Peru e El Salvador, como Presidente e Vice-presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Chile e Jamaica foram eleitos representantes suplentes.

(Sexta reunião, 19 de junho de 2013)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Presidente do Comitê Executivo, Delegado de Peru e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente o Relatório Final em língua espanhola.

FEITO em Washington, D.C., neste vigésimo primeiro dia de junho do ano de dois mil e treze. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

Víctor Raúl Cuba Oré
Delegado do Peru
Presidente da 152^a Sessão do Comitê
Executivo

Carissa Etienne
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária *ex officio* da
152^a Sessão do Comitê Executivo

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda Provisória do 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS RELATIVOS AO COMITÊ

- 3.1 Relatório sobre a Sétima Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
- 3.2 Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração (2013)
- 3.3 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
- 3.4 Relatório Anual do Escritório de Ética (2012)
- 3.5 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS
- 3.6 Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Projeto de Plano Estratégico 2014-2019
- 4.2 Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015
- 4.3 Proteção Social em Saúde
- 4.4 Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS *(cont.)*

- 4.5 Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização
- 4.6 Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas
- 4.7 Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições
- 5.2 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012
- 5.3 Relatório do Escritório Serviços de Supervisão Interna e Avaliação
- 5.4 Modificações do Regulamento Financeiro
- 5.5 Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
- 5.6 Situação dos Projetos Financiados pela Conta Especial da OPAS
- 5.7 Plano Mestre de Investimentos de Capital

6. ASSUNTOS DE PESSOAL

- 6.1. Modificações do Regulamento do Pessoal da RSPA
- 6.2. Estatísticas de Pessoal da RSPA
- 6.3. Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL

- 7.1 Atualização sobre a Reforma da OMS
- 7.2 Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento para Programas 2014-2015

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL (*cont.*)

- 7.3 Projeto de Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS): Relatório de Progresso
- 7.4 Relatório sobre a 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, em Saúde e Agricultura (RIMSA16)
- 7.5 Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde: Relatório sobre os Preparativos (pelo Brasil)
- 7.6 Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015: Relatório sobre os Preparativos para o Painel de Discussão
- 7.7 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
 - A. Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária
 - B. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária
 - C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas
 - D. Aplicação do Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
 - E. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores
 - F. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas
 - G. Plano Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde
 - H. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (Rev. 1)
 - I. Situação dos Centros Pan-Americanos

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL (*cont.*)

7.8 Resoluções e Outras Ações das Organizações
Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:

- A. Sexagésima Sexta (66^a) Assembleia Mundial da Saúde
- B. Organizações Sub-regionais

8. OUTROS ASSUNTOS

9. CLAUSURA DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

Doc. Of. 344 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012

Documentos de Trabalho

CE152/1, Rev. 1 Agenda
Programa de Reuniões

CE152/2 Representação do Comitê Executivo no 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE152/3 Agenda Provisória do 52º Conselho Diretor da OPAS, 65ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE152/4 Relatório da Sétima Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração

CE152/5
e Add. I Premio OPAS em Administração (2013)

CE152/6 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

CE152/7 Relatório Anual do Escritório de Ética (2012)

CE152/8, Rev. 1 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS

CE152/9 Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

CE152/10, Rev. 1
e Add. I, Rev. 1 Projeto do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019

CE152/11, Rev. 1
e Add. I & II Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015

CE152/12, Rev. 1 Proteção Social em Saúde

Documentos de Trabalho (*cont.*)

CE152/13, Rev. 1	Plano de Ação para à Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis
CE152/14	Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização
CE152/15	Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas
CE152/25	Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central
CE152/16, Rev. 1 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação das Cotas de Contribuições
CE152/17	Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
CE152/18	Modificações do Regulamento Financeiro
CE152/19	Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
CE152/20	Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS
CE152/21	Plano Mestre de Investimentos de Capital
CE152/22	Modificações do Regulamento do Pessoal da RSPA
CE152/23	Estatísticas sobre a Dotação de Pessoal da RSPA
CE152/24	Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS
CE152/25	Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central

Documentos de Informação

CE152/INF/1	Atualização sobre a Reforma da OMS
-------------	------------------------------------

- CE152/INF/2 Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS e do Orçamento por Programas 2014-2015 da OMS
- CE152/INF/3 Projeto de Modernização do Sistema de Informação para Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana: Relatório de Progresso
- CE152/INF/4 Relatório da 16^a Reunião Interamericana, de Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16)
- CE152/INF/5 Terceiro Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde: Relatório sobre os Preparativos (pelo Brasil)
- CE152/INF/6 Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015: Relatório sobre os Preparativos para o Painel de Discussão
- CE152/INF/7 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
- A. Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária
 - B. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária
 - C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas (Rev. 1)
 - D. Aplicação do Convênio-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
 - E. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores
 - F. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas
 - G. Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde
 - H. Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (Rev. 1)
 - I. Situação dos Centros Pan-Americanos

Documentos de Informação (*cont.*)

- CE152/INF/8 Resoluções e Outras Ações das Organizações
Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:
- A. 66^a Assembléia Mundial da Saúde
 - B. Organizações Sub-regionais

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Alberto Kleiman
Assessor Especial para Assuntos
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Internacional, Secretaria de
Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indira Gonçalves
Técnica Especializada em Relações
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Mr. Erwin Epiphanyo
Representante Alternativo
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Robert Shearer
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Lucero Hernández
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mr. Brett Maitland
Counsellor, Alternate Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Castillo
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Rodrigo Olsen
Consejero, Representante Alternativo de
Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Francisco Devia
Primer Secretario, Representante Alternativo de
Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Srta. Wendy Acevedo
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srta. María José Grandino
Consejera, Representante Alterna de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. George Mitchell
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. George's

Delegate – Delegado

Ms. Patricia D. M. Clarke
Counsellor, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegate – Delegado

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Martín Sannemann
Embajador, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Adolfo Rene Marin Ferraira
Consejero, Representante Alterno de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Walter Albán
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Raúl Salazar Cosío
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Ministro Consejero Javier Yépez
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Consejera Ana Lucía Nieto
Representante Alterna del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Samuel Ashcallay
Tercer Secretario
Misión Permanente del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin McIlff
Health Attaché
U.S. Permanent Mission to the European
Office of the United Nations and other
International Organizations
Geneva

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, Georgia

Ms. Susan Thollaug
Health Team Leader
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Non-communicable
Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
International Health Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Charles Darr
International Health Policy Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. John Flanigan
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Paula Harrison
Program Analyst
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Natalia Machuca
Technical Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Stephanie McFadden
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ellie Panahi
Special Assistant
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Judnefera Rasayon
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Alyson Rose-Wood
Senior International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Veronica Valdivieso
Deputy Health Team Leader
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BARBADOS

Ms. Jane Brathwaite
Counselor, Alternate Representative of
Barbados to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Primera Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Srta. Carolina Peguero
Consejera
Embajada de República Dominicana
Washington, D.C.

GUATEMALA

Lic. José Carlos Castañeda y Castañeda
Asesor de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Lic. Jorge Loza
Coordinador de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Ciudad de Guatemala

Excelentísimo Sr. José R. Vielmann De León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

HONDURAS

Excelentísimo Sr. Leonidas Rosa Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Excelentísimo Sr. Jorge Milla Reyes
Embajador, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
Directora de Cooperación Bilateral
y Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Dolores Jimenez
Ministra, Representante Alternativa de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Alberto del Castillo
Ministro, Representante Alterno de México
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Lic. Ana Paola Riveros
Tercera Secretaria, Representante Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)**

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)**

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera, Representante
Alternativa de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srita. Marlene Da Vargem Da Silva
Consejera, Representante Alternativa de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC
OF)/REPÚBLICA BOLIVARIANA DE) (cont.)**

Sra. Marcella Camero Montanez
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rocio Carolina Figueroa
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

ARUBA

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary for Aruba
The Netherlands Embassy
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES/
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

Excmo. Sr. D. Jorge Hevia Sierra
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. Guillermo Marín Gorbea
Observador Permanente Adjunto de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES/
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**Economic Commission for Latin America
and the Caribbean/Comisión Económica
para América Latina y el Caribe**

Sra. Inés Bustillo
Mr. Fernando Flores

**United Nations Office for South-South
Cooperation/ Oficina de las Naciones
Unidas para la Cooperación Sur-Sur**

Mr. Rogel Nuguid
Mr. Francisco Simplicio
Ms. Teresa Liu
Ms. Mirriah Vitale

**United Nations Development Program/
Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo**

Mr. Paul Clayman

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES EN
RELACIONES OFICIALES CON LA OPS**

American Public Health Association

Dr. Georges Benjamin

**National Alliance for Hispanic Health/
Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

**Healthy Caribbean Coalition/Coalición del
Caribe Saludable**

Dr. Victor Coombs

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

**Latin American Federation of Hospitals/
Federación Latinoamericana de Hospitales**

Dr. Norberto Larroca

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Mr. Alain Gillette
Mr. Peter Maertens

**Spanish Court of Audit/Tribunal de Cuentas
de España**

Ms. Dolores Genaro
Mr. Miguel Ángel Sánchez del Águila
Ms. Karen Ortíz

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Director and Secretary *ex officio* of the
Committee/Directora y Secretaria *ex officio*
del Comité**

Dr. Carissa F. Etienne

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel
Assistant Director, a.i.
Subdirector Interino

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora (*cont.*)**

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 17 a 21 de junho de 2013

CE152/FR (Port.)

Anexo D

CE152/SS/FR (Port.)

29 de abril de 2013

ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL SESSÃO ESPECIAL DA 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	3
Assuntos Relativos ao Regulamento	
Adoção da Agenda	3
Assuntos Relativos à Política dos Programas	
Alocação de Fundos da OMS para a Região das Américas.....	4
Encerramento da Sessão	9
Resoluções	
<i>Resolução</i>	
CE152.SS.R1 Alocação de Fundos da OMS para a Região das Américas.....	9
Anexos	
Anexo A. Agenda	
Anexo B. Lista de documentos	
Anexo C. Lista de participantes	

**RELATÓRIO FINAL
SESSÃO ESPECIAL DA 152ª SESSÃO
DO COMITÊ EXECUTIVO**

Abertura da Sessão

1. O Comitê Executivo realizou uma sessão especial em 29 de abril de 2013 em conformidade com uma solicitação feita pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração e de acordo com o Artigo 17(a) da Constituição da OPAS. Os representantes dos nove membros do Comitê (Brasil, Canadá, Chile, El Salvador, Granada, Jamaica, Paraguai, Peru e Estados Unidos) participaram da sessão, assim como representantes de outros Estados Membros e Membros Associados como segue: Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Colômbia, Cuba, Curaçao, Guatemala, México, Nicarágua, Panamá, e Sint Maarten. O Dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor-geral para Administração Geral, OMS) participou da sessão em nome do Secretariado da OMS. Alguns participantes compareceram à sessão em pessoa na Sede da OPAS em Washington, D. C., enquanto outros participaram via telefone ou conferência pela internet.

2. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Peru, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, observando que a principal finalidade da sessão era debater a alocação de fundos pela OMS à Região das Américas.

3. A Diretora também deu as suas boas-vindas aos participantes. Ela observou que a sessão estava sendo realizada pouco antes da Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde, na qual seria debatido o orçamento para programas da OMS para 2014–2015. O projeto de orçamento para programas a ser apresentado à Assembleia da Saúde retratava debates anteriores dos Estados Membros durante e após as sessões do Conselho Executivo e do Comitê de Programa, Orçamento e Administração da OMS. A preparação do projeto havia requerido muito trabalho, que era algo importante a ser considerado durante os debates do Comitê. Uma outra consideração igualmente importante era a firme opinião entre os Estados Membros da OPAS de que deveria haver equidade na alocação à Região da parcela do orçamento da OMS. Ela observou que a Diretora-geral da OMS havia lhe pedido que deixasse claro ao Comitê de que ela estava totalmente comprometida em implantar um mecanismo para assegurar a transparência relativa às alocações de orçamento entre as regiões da OMS.

Assuntos Relativos ao Regulamento

Adoção da Agenda

4. O Comitê adotou a agenda proposta contida no Documento CE152/SS/1.

Assuntos Relativos à Política dos Programas

Alocação de Fundos da OMS para a Região das Américas (Documento CE152/SS/2)

5. O Dr. Matías Villatoro (El Salvador, Presidente da Sétima Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) recordou que, durante a análise do Subcomitê do anteprojeto do programa e orçamento na sua Sétima Sessão em março de 2013 (ver Documento SPBA7/FR, parágrafos 26 a 36), a Delegada do México havia apresentado dados sobre a tendência histórica de financiamento da OMS para a Região das Américas (AMRO). Havia sido solicitado que a Repartição validasse os dados. Posteriormente, na sua qualidade de Presidente do Subcomitê, ele havia solicitado à Repartição que convocasse uma sessão especial virtual do Subcomitê a fim de analisarem os dados apresentados pelo México e darem outras orientações para ajudar os Estados Membros na preparação à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2013.

6. A sessão especial havia sido realizada em 17 de abril de 2013.¹ O Subcomitê havia examinado um documento preparado pela Repartição (Documento SPBA7/SS/2) que trazia um resumo do regime jurídico e considerações orçamentárias que distinguiam a OPAS da OMS, assim como uma comparação dos montantes orçados pela OMS para a Região das Américas e os montantes efetivamente recebidos pela Região nos três biênios anteriores. O Subcomitê também havia assistido a uma apresentação feita pela Delegada do México e examinado um documento preparado pelo Governo do México (Documento SPBA7/SS/3), que continha uma declaração proposta pelos Estados Membros das Américas com respeito à alocação de fundos da OMS para a Região. A declaração proposta solicitava ao Secretariado da OMS que garantisse o financiamento pleno da alocação à Região do orçamento da OMS para 2014–2015 e que revesse os critérios de alocação regional do orçamento.

7. O Subcomitê havia expressado preocupação com a redução na parcela da Região do orçamento da OMS e havia insistido em um enfoque mais equitativo e transparente à alocação de recursos entre as regiões da OMS. O fato de que a Região habitualmente não recebia a alocação total do orçamento da OMS que lhe cabia também era visto como uma questão séria. Havia sido considerado fundamental trazer o assunto à atenção da Assembleia Mundial da Saúde e oportuno fazê-lo durante a Sexagésima Sexta Sessão da Assembleia da Saúde em maio, no contexto do debate da reforma da OMS, Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS e orçamento para programas da OMS para 2014–2015.

8. O Subcomitê, portanto, havia recomendado que o Comitê Executivo realizasse uma sessão especial antes da abertura formal da sua 152^a sessão para que pudesse adotar uma resolução sobre o assunto, a ser transmitida ao Comitê de Programa, Orçamento e

¹ O relatório final da sessão consta do Anexo D do Documento SPBA7/FR.

Administração da OMS. Ele também havia recomendado que o assunto deveria ser analisado pelo Grupo das Américas (GRUA), que se reuniria antes da Assembleia Mundial da Saúde, e que deveria ser feita uma declaração em nome das Américas durante a Assembleia.

9. A Sra. Verónica Ortiz (Assessora, Programa e Orçamento, RSPA) apresentou o Documento CE152/SS/2, destacando várias considerações importantes com relação à alocação dos fundos da OMS para a Região das Américas. Uma era que, além de servir como Escritório Regional da OMS para as Américas, a OPAS era uma organização internacional independente, o que significava que os seus Órgãos Diretivos, não a Assembleia Mundial da Saúde, aprovava os orçamentos e as contribuições fixas efetuadas pelos Estados Membros à OPAS assim como à OMS. Também significava que a OPAS recebia contribuições fixas tanto diretamente como através da sua parcela do orçamento da OMS. O mesmo se aplicava às contribuições voluntárias. Outra consideração importante era que as contribuições voluntárias da OPAS (ou seja, fundos captados pela OPAS como organização independente) não poderiam legalmente ser contabilizadas como contribuições voluntárias dentro dos limites da parcela das contribuições voluntárias da OMS para a Região.

10. Resumindo as cifras apresentadas na Tabela 1 no Documento CE152/SS/2, ela observou que, embora a OPAS houvesse recebido praticamente toda a alocação do orçamento ordinário que lhe cabia do orçamento da OMS em 2010–2011, haviam sido recebidos somente 25% da parcela orçada das contribuições voluntárias à OMS. Em 31 de dezembro de 2012, haviam sido recebidos cerca de \$30 milhões da parcela orçada para a Região de mais de \$80 milhões em contribuições voluntárias da OMS para o biênio atual. A Figura 1 no documento, que mostrava a tendência dos fundos orçados e recebidos durante três biênios, revelava um padrão constante de subfinanciamento das contribuições voluntárias à OMS para a Região, com o recebimento pela OPAS de somente cerca de 30% da parcela orçada que lhe cabia.

11. Uma comparação dos montantes recebidos em relação aos montantes orçados (incluindo tanto fundos do orçamento ordinário quanto contribuições voluntárias) para todas as regiões da OMS em 2010–2011 revelou que as Américas haviam recebido a menor proporção do financiamento antecipado da OMS (49% comparados a 57% para a Região da África, 62% para a Região do Sudeste Asiático, 79% para a Região da Europa, 59% para a Região do Mediterrâneo Oriental e 83% para a Região do Pacífico Ocidental). Também havia sido alocada à Região a menor proporção do orçamento da OMS para programas de base: 6,1% em 2012–2013, embora o mecanismo de validação da alocação estratégica de recursos adotado em 2006² determinava que a Região recebesse entre 6,3% e 7,7%. Para 2014–2015, a parcela do orçamento total da OMS projetada para a Região seria de 4,4%, enquanto que sua parcela do orçamento da OMS

² Ver Documentos EB118/7 e EBSS-EB118/2006/REC/1 da OMS.

para programas de base seria de 5,4%. Embora a Repartição esperasse que a alocação do orçamento ordinário da OMS para a Região não seria alterada em relação aos dois biênios anteriores (\$80,7 milhões), as alocações do orçamento ordinário ainda não haviam sido determinadas. O mecanismo de validação da alocação estratégica de recursos da OMS havia sido abandonado e não seria aplicado ao orçamento de 2014–2015. Não se sabia por que havia sido descartado ou quando seria substituído por outro mecanismo de validação.

12. Convidou-se o Comitê Executivo a analisar o projeto de resolução contido no anexo ao Documento CE152/SS/2, que incluía uma proposta de declaração pelos Estados Membros das Américas a ser apresentada à Décima Oitava Sessão do Comitê de Programa, Orçamento e Administração da OMS e à Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde.

13. O Comitê expressou séria preocupação com o declínio da parcela do orçamento da OMS para a Região, observando que esta parcela não somente estava abaixo da porcentagem contemplada no mecanismo de validação de alocação estratégica de recursos adotado em 2006, mas também que os montantes recebidos eram habitualmente inferiores aos montantes alocados. O fato de que a Região estava recebendo significativamente menos, tanto em termos absolutos como proporcionais, que as outras regiões da OMS era também motivo de preocupação. Os delegados observaram que a porção das contribuições voluntárias do orçamento, em particular, estava subfinanciada e que a porção das Américas era financiado em um nível muito inferior que a das outras regiões. Pediu-se uma explicação por parte do Secretariado da OMS sobre a justificativa para semelhante discrepância. Os delegados também queriam saber por que o mecanismo de alocação de recursos de 2006 não havia sido aplicado e quais os critérios que haviam sido usados no seu lugar para determinar as alocações às diversas regiões no orçamento de 2014–2015. Ressaltou-se que qualquer método novo de alocação de recursos que pudesse vir a ser criado para substituir o mecanismo de 2006 deveria ser justo, equitativo e transparente e assegurar responsabilidade. Também se enfatizou que a heterogeneidade e assimetrias existentes nas Américas deveriam ser levadas em consideração ao se estabelecer a alocação da Região.

14. Vários delegados indicaram que a falta de segurança e previsibilidade do financiamento da porção destinada à Região do orçamento da OMS poderia tornar mais difícil garantir atenção adequada às prioridades como doenças não transmissíveis e determinantes sociais da saúde. Vários delegados perguntaram qual havia sido o impacto das reduções e déficits de financiamento da porção do orçamento da OMS para o cumprimento das responsabilidades da OPAS perante a OMS e para o avanço dos objetivos estratégicos da Região e resultados esperados em toda a Organização estabelecidos no Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS. De modo a apresentar um argumento forte para maior financiamento da OMS para a Região, se considerava fundamental fornecer dados concretos que demonstravam o impacto do déficit de

financiamento. Foi também considerado necessário “vender a ideia” de que a OPAS era uma organização ágil, eficiente e direcionada a resultados.

15. A Sra. Ortíz reafirmou que a parcela destinada à Região do orçamento da OMS para 2012–2013 havia sido de 6,1%, que efetivamente estava abaixo da faixa de 6,3% a 7,7% contemplada segundo o mecanismo de alocação de recursos de 2006; além disso, a porcentagem efetivamente recebida havia sido inferior a isso. Em 2010–2011, haviam sido alocados à Região \$245 milhões, mas somente metade deste montante havia sido recebida: \$121 milhões. O déficit de financiamento sem dúvida havia tido um impacto na capacidade da Repartição de prestar cooperação técnica e existia uma relação bastante direta entre a porcentagem de financiamento recebido e o nível de obtenção dos resultados esperados.

16. A Dra. Amalia del Riego (Assessora Sênior, Planejamento e Coordenação de Recursos, RSPA) acrescentou que, no funcionamento diário, os déficits de financiamento de uma fonte eram cobertos com o financiamento disponível de outras fontes e, portanto, não era possível identificar áreas específicas que haviam sofrido as repercussões do não recebimento do financiamento esperado da OMS. Porém, era evidente o impacto no orçamento geral da Organização, como havia mostrado a apresentação da Sra. Ortíz.

17. A Diretora disse que, no seu entendimento, as discrepâncias na alocação das contribuições voluntárias entre as regiões tinham a ver com o fato de que o financiamento voluntário captado por outras regiões era contabilizado no componente de contribuições voluntárias do orçamento da OMS, enquanto que o mesmo não ocorria com o financiamento voluntário captado pela OPAS. Os altos funcionários do Secretariado da OMS haviam expressado opinião de que uma porção das contribuições voluntárias da OPAS deveria ser contabilizada como parte da parcela das contribuições voluntárias da OMS destinada à Região. Ela concordou que se faziam necessários critérios transparentes para alocar o orçamento entre as regiões. Porém, como a OMS não recebeu todo o financiamento voluntário que havia orçado, na sua opinião era também necessário estabelecer diretrizes claras para determinar que porcentagem das contribuições voluntárias disponíveis seria destinada a cada Região.

18. Como o Comitê estava contemplando que medida tomar sobre este assunto, ela incentivou os Estados Membros a levar em conta que a elaboração de um orçamento era um processo complexo e prolongado. Se os Estados Membros das Américas fossem insistir para que o mecanismo de alocação estratégica de recursos de 2006 fosse aplicado ao projeto de orçamento para programas da OMS para 2014–2015, o projeto orçamentário teria de ser refeito, o que seguramente causaria atrasos durante a Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2014. Ela, portanto, iria sugerir que os Estados Membros requeressem simplesmente a elaboração de um mecanismo claro, equitativo e transparente de validação a ser aplicado aos orçamentos futuros.

19. O Dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor-geral para Administração Geral, OMS), falando via telefone da Sede da OMS, explicou que o mecanismo de validação da alocação estratégica de recursos, adotado em 2006, havia sido um conjunto de medidas de tempo limitado com validade até 2013. Ainda não havia sido criado outro mecanismo para substituí-lo, mas estavam sendo examinadas opções, como parte da agenda de reforma da OMS, por um grupo de trabalho liderado pelo Diretor Regional para Europa e Diretor Adjunto Geral da OMS; o assunto seria aberto para debate pelos Estados Membros nos próximos meses. Nesse ínterim, a Diretora-geral havia sugerido que os recursos deveriam acompanhar as funções, ou seja, os recursos deveriam ser destinados ao nível ou parte da Organização em que estavam sendo realizadas determinadas funções. Esta ideia havia servido para basear a alocação proposta do orçamento de 2014–2015. O critério principal aplicado ao determinar as alocações havia sido os gastos em dezembro de 2012.

20. Com respeito às razões pelas quais as Américas pareciam receber um montante menor de contribuições voluntárias da OMS que as outras regiões, ele explicou que os montantes alocados às outras regiões englobavam fundos arrecadados pela própria região e contribuições voluntárias canalizadas através do Secretariado da OMS. Em todas as regiões, exceto na Região da África, o financiamento arrecadado na região representava mais da metade da alocação de contribuições voluntárias a esta Região e poderia representar até 80%. A Região das Américas era a única na qual o financiamento voluntário captado a nível regional não era contabilizado como parte da parcela das contribuições voluntárias da OMS destinada à Região. Porém, ele sublinhou que as Américas receberam a mesma porcentagem de contribuições voluntárias canalizadas através do Secretariado da OMS que todas as outras regiões, exceto a África. Esta porcentagem variou de 20% a 30%.

21. Em resposta aos comentários do Dr. Jama, um delegado assinalou que o documento que estabelecia o mecanismo de validação da alocação estratégica de recursos não parecia especificar limite de tempo para sua aplicação e solicitou esclarecimento sobre a validade mencionada pelo Dr. Jama. Uma outra delegada pediu que fosse confirmado se, quando os Estados Membros aprovavam conjuntamente o orçamento da OMS, o orçamento da OPAS como uma organização independente não era levado em consideração ao determinar o montante a ser alocado à Região das Américas. Se era mesmo assim, ela perguntou por que este montante estava em constante declínio.

22. O Dr. Jama confirmou que o orçamento da OMS refletia somente as contribuições voluntárias geradas através da Sede da OMS. Nele não figuravam semelhantes contribuições geradas ao nível regional nas Américas. Ele reiterou que, em todas as outras regiões exceto a África, o componente de contribuições voluntárias do orçamento compreendia financiamento voluntário captado pela própria região, complementado por contribuições voluntárias canalizadas através da Sede da OMS.

23. Vários delegados expressaram a opinião de que não havia sido bem explicado o subfinanciamento da alocação das contribuições voluntárias para a Região. Assinalou-se que, nos últimos biênios, as Américas haviam recebido menos de 50% da alocação que lhe cabia, enquanto as outras regiões haviam recebido até 80%, e enfatizou-se que a falta de previsibilidade no financiamento da OMS tornava difícil à OPAS elaborar e executar seus orçamentos e avaliar os resultados alcançados. Com relação à observação do Dr. Jama de que o projeto de orçamento de 2014–2015 havia sido formulado com base nos gastos no biênio anterior, pediu-se que fosse esclarecido se os níveis de gastos haviam sido avaliados com base nos montantes alocados ou nos montantes efetivamente recebidos. Enfatizou-se que os gastos não deveriam ser o único fator considerado na alocação do orçamento.

24. Com respeito ao mecanismo de alocação de recursos de 2006, vários delegados opinaram que, a menos que houvesse um acordo explícito por escrito por parte dos Estados Membros para cessar sua aplicação, o mecanismo deveria continuar a ser usado até que fosse aprovado um novo mecanismo. Destacou-se que os Estados Membros precisariam participar da elaboração do novo mecanismo. Foi reafirmada a necessidade de critérios de alocação claros de modo a assegurar transparência e responsabilidade.

25. O projeto de resolução e a declaração contidos no Documento CE152/SS/2 foram discutidos a fundo e a declaração passou por várias revisões para transmitir as questões levantadas no debate e melhorar a redação, deixando o texto mais conciso. Os parágrafos 2, 4, e 5 foram retirados na íntegra, porque se considerou o conteúdo de caráter redundante ou subjetivo ou porque parecia ser baseado em suposições, não em fatos. Assinalou-se que os parágrafos 4 e 5, por exemplo, se referiam a argumentos que poderiam ser debatidos ou refutados, mas não se oferecia nenhuma evidência de que tais argumentos haviam sido sugeridos. Com relação ao parágrafo 5, enfatizou-se que a ideia principal era que a OPAS estava comprometida com a transparência e responsabilidade do seu planejamento estratégico e orçamentário e que os Estados Membros esperavam a mesma transparência e responsabilidade da OMS.

26. Os subparágrafos 6(b) e (c) da declaração original proposta (que se tornaram subparágrafos 5(b) e (c) na declaração modificada) foram bastante encurtados e a redação revista para insistir ao Secretariado da OMS para que divulgasse os critérios usados para alocar os orçamentos e distribuir os recursos entre a Sede da OMS e os Escritórios Regionais e sublinhar a necessidade de contar com a participação dos Estados Membros na elaboração de um novo modelo de alocação estratégica de recursos.

27. O Comitê adotou a Resolução CE152.SS.R1 e solicitou que fosse transmitida à Décima Oitava Sessão do Comitê de Programa, Orçamento e Administração da OMS e à Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde.

Encerramento da Sessão

28. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a Sessão Especial da 152ª Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções

29. A seguir a resolução adotada pelo Comitê Executivo durante a Sessão Especial da 152ª Sessão.

Resolução

CE152.SS.R1: Alocação de Fundos pela OMS à Região das Américas

A SESSÃO ESPECIAL DA 152ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o documento de antecedentes *Alocação de Fundos pela OMS à Região das Américas* (Documento CE152/SS/2);

Ciente do fato de que o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) somente se reunirá em setembro de 2013 e que é preciso urgentemente contar com um insumo para a Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2013;

Observando a necessidade de um debate aberto e interativo sobre a alocação de orçamentos totais e recursos no âmbito regional e mundial; e

Considerando os complexos desafios de saúde que enfrentaremos no futuro e a necessidade de trabalhar responsabilmente e com estratégias comuns que promovam a solidariedade entre as regiões,

RESOLVE:

Solicitar que a seguinte declaração seja apresentada à Décima Oitava Sessão do Comitê de Programa, Orçamento e Administração do Conselho Executivo (PBAC) da OMS e à Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde.

DECLARAÇÃO DOS ESTADOS MEMBROS DAS AMÉRICAS SOBRE AS ALOCAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS DA OMS À REGIÃO DAS AMÉRICAS

1. Durante vários biênios os Estados Membros da Região das Américas observaram uma redução contínua na alocação tanto de orçamentos totais como de recursos financeiros à Região das Américas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Expressou-se preocupação na Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde em 2011 mediante um Manifesto apresentado pelos Estados Membros das Américas defendendo uma parcela justa de alocação do orçamento à Região. A preocupação não foi considerada. O Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO) consistentemente recebeu menos de 50% das contribuições voluntárias orçadas.

2. Para o biênio de 2014–2015, o Secretariado da OMS propôs um orçamento básico para programas no total de 5,4% para o AMRO¹. Embora o Secretariado tenha declarado no *Projeto de Orçamento para Programas 2014–2015*² que o mecanismo de Alocação de Recursos Estratégicos (SRA) aprovado em 2006³ não está sendo usado, vale lembrar que, segundo este modelo, que é um método objetivo para alocação do orçamento de acordo com critérios baseados nas necessidades, a alocação recomendada à AMRO seria de 6,3% a 7,7% do orçamento. A falta de informação sobre os critérios usados na alocação de recursos para o biênio 2014–2015 é uma preocupação compartilhada pelos Estados Membros das Américas. Portanto, enquanto o Conselho Executivo não aprovar um novo método para a alocação do orçamento global, o mecanismo SRA é a melhor base objetiva para discussão.

3. A OPAS tem um compromisso com a transparência e a prestação de contas e apresenta seu Plano Estratégico e seu Programa e Orçamento aos órgãos diretores e os publica no seu site.

4. A Região das Américas reconhece que a OMS se esforça para apresentar um orçamento realista que reflita as funções de todos os níveis da OMS e as prioridades sanitárias dos países. Contudo, a Região das Américas expressa sua preocupação com o fato de que a implementação dos últimos orçamentos não deve ser o único fator considerado na alocação orçamentária, já que os recursos alocados nunca foram totalmente fornecidos à Região.

5. Guiados por um claro compromisso com a transparência e a prestação de contas, os Estados Membros das Américas solicitam pelo presente que o Comitê de Programa,

¹ Esta cifra (5,4%) corresponde ao orçamento-programa básico da OMS para o AMRO (excluindo os fundos para Resposta a Surtos e Crises [OCR], que dependem da ocorrência de um surto ou crise). O orçamento total da OMS para o AMRO (incluindo fundos de OCR) é 4,4%.

² Documento A66/7 da Assembleia Mundial da Saúde.

³ Documento EB118/7 da OMS.

Orçamento e Administração do Conselho Executivo e a Assembleia Mundial da Saúde concordem em fornecer as seguintes orientações ao Secretariado da OMS:

- (a) Embora se reconheça que a alocação de 4,4% do orçamento total da OMS de 2014–2015 ao AMRO esteja abaixo do nível ótimo, tal alocação é aceitável somente para este biênio, sob a condição de que os fundos reais para completar este orçamento incluam 100% de financiamento com a parte das cotas e, se for viável, ao menos 75% de financiamento com a parte das contribuições voluntárias, segundo o princípio de tratamento equitativo para todas as regiões.
- (b) A Região das Américas solicita que o Secretariado apresente os critérios pelos quais os orçamentos são alocados e os recursos distribuídos à sede da OMS e aos escritórios regionais.
- (c) O Secretariado da OMS deve trabalhar com os Estados Membros com relação ao processo de um novo modelo de alocação estratégica dos recursos da OMS a partir do biênio 2016-2017.

(Adotada na Plenária Única, 29 de abril de 2013)

AGENDA

- 1. ABERTURA DA SESSÃO**
- 2. ASSUNTOS AO REGULAMENTO**
 - 2.1 Adoção da Agenda
- 3. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS**
 - 3.1 Alocação de Fundos da OMS para a Região das Américas
- 4. OUTROS ASSUNTOS**
- 5. ENCERRAMENTO DA SESSÃO**

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de Trabalho

CE152/SS/1

Agenda

CE152/SS/2

Alocação de Fundos da OMS para a Região
das Américas

**LIST OF PARTICIPANTS/ LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Jefa Adjunta del Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indira Gonçalves
Jefa de la División de Análisis Técnica del
Área Internacional
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Mr. Gloria Wiseman
Director of Multilateral Relations Division
Office of the International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Ms. Lucero Hernández
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

CHILE

Dra. Gabriela Moreno
Jefa de la División de Planificación Sanitaria
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. José Ignacio Dougnac Vera
Jefe del Departamento de Gestión y
Planificación Financiera
Ministerio de Salud
Santiago

EL SALVADOR

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Dr. Matías Villatoro
Coordinador, Unidad de Gestión de
Servicios de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

GRENADA/GRANADA

Mr. Clement Gabriel
Chief Planner
Ministry of Health
St. George's

JAMAICA

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

PARAGUAY

Dr. Antonio H. Arbo Sosa
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. José María Massolo
Director General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PERU/PERÚ

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

Ms. Ann Blackwood
Director for Health Programs
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Peter Mamacos
Multilateral Branch Chief
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Jordan Tappero
Associate Director for Science
Center for Diseases Control and
Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Hannah Burris
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

ARGENTINA

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora, Dirección de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BARBADOS

Mr. Samuel Deane
Chief Health Planner
Ministry of Health
St. Michael

COLOMBIA

Lic. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Bogotá, D.F.

OTHER MEMBERS NOT SERVING THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

CUBA

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
 Jefe del Departamento de Organismos
 Internacionales
 Ministerio de Salud Pública
 La Habana

MEXICO/MÉXICO

Lic. Martha Caballero Abraham
 Directora de Cooperación Bilateral
 y Regional
 Secretaría de Salud Pública
 México, D.F.

**DOMINICAN
DOMINICANA**

Dra. Hilda Natera
 Directora de Residencias Médicas y
 Postgrado
 Ministerio de Salud Pública
 y Asistencia Social
 Santo Domingo

**REPUBLIC/REPÚBLICA
NICARAGUA**

Dr. Alejandro Solís
 Director General de Planificación y
 Desarrollo
 Ministerio de Salud
 Managua

Lic. Emilce Herrera
 Directora de Cooperación Externa
 Ministerio de Salud
 Managua

GUATEMALA

Lic. José Carlos Catañeda
 Unidad de Cooperación Internacional
 Ministerio de Salud Pública
 y Asistencia Social
 Ciudad de Guatemala

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Zelibeth Valverde
 Directora de Planificación
 Ministerio de Salud
 Ciudad de Panamá

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS**ARUBA**

Hon. Richard Wayne Milton Visser
 Minister of Health and Sport
 Ministry of Health and Sport
 Oranjestad, Aruba

SINT MAARTEN

Hon. Van Hugh Cornelius de Weever
 Minister of Public Health, Social
 Development and Labour
 Ministry of Public Health, Social
 Development and Labour
 Philipsburg, Sint Maarten

CURAÇAO

The Hon. Dr. Bernard Whiteman
 Minister of Health, Environment & Nature
 Ministry of Health, Environment & Nature
 Willemstad, Curaçao

**WORLD HEALTH ORGANIZATION/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General

Mr. Scott Pendergast
Coordinator, Planning, Monitoring,
Assessment & Quality Assurance

**PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. José Romero Teruel, a.i.
Assistant Director/Subdirector

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora (cont.)**

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel/Asesora Jurídica

Ms. Piedad Huerta
Senior Advisor, Governing Bodies Office
Asesora Principal, Oficina de los Cuerpos
Directivos