



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-29 de junho de 2007

CE140/FR (Port.)
29 de junho de 2007
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	5
Assuntos relativos ao regulamento	
Autoridades	6
Aprovação da agenda e do programa de reuniões	6
Representação do Comitê Executivo na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Agenda provisória da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos relativos ao Comitê	
Relatório sobre a primeira sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração	8
Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS	8
Prêmio OPAS em Administração 2007	9
Relatório Anual do Escritório de Ética	10
Assuntos relativos à política dos programas	
Projeto de Plano estratégico para 2008-2012	11
Projeto de orçamento por programas 2008-2009	15
Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas: Relatório de Progresso	20
Gripe aviária e influenza pandêmica: Relatório de Progresso	21
A Malária nas Américas: Relatório de Progresso	22
Plano de Ação Regional para Recursos Humanos de Saúde 2007-2015	25
Preparativos para a Mesa-Redonda Internacional sobre Segurança Sanitária	27
Iniciativa Regional de Hospitais Seguros	28
Estratégia e Plano de Ação Regional para a Prevenção e Controle de Câncer de Colo do Útero	30
Estratégia para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde nos Países das Américas	33
Rostos, Vozes e Lugares: Resposta da Comunidade aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio	34
Prevenção e Controle da Dengue nas Américas: enfoque integrado e lições aprendidas	38
Política e Estratégia Regional para Garantia da Qualidade da Atenção de Saúde, Inclusive a Segurança do Paciente	40

SUMÁRIO (cont.)

	<i>Página</i>	
Assuntos administrativos e financeiros		
Normas Internacionais Contábeis do Setor Público	42	
Plano Diretor de Investimentos de Capital.....	44	
Relatório sobre a Arrecadação de Cotas	46	
Processo para a Implantação da Nova Escala de Cotas com base na Nova Escala da OEA.....	47	
Relatório Financeiro Preliminar da Diretora para 2006	48	
Relatório sobre as Atividades da Unidade dos Serviços de Supervisão Interna	50	
Assuntos relativos ao pessoal		
Reforma contratual na OPAS e confirmação de emendas às Regras do Pessoal da RSPA	51	
Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da RSPA.....	52	
Assuntos para informação		
Recursos Humanos da RSPA: perfil do pessoal.....	53	
Resoluções e outras ações da 60ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS	54	
Atualização referente ao processo de designação do Auditor Externo	56	
Outros assuntos		56
Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017	56	
Carta Social das Américas	56	
Determinantes Sociais da Saúde.....	57	
Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual	58	
Atualização de um acordo sobre a Sede.....	58	
Encerramento da Sessão	59	
Resoluções e Decisões	59	
Resoluções		
CE140.R1 Prêmio OPAS em Administração: mudanças nos procedimentos e diretrizes	59	
CE140.R2 Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS.....	60	

SUMÁRIO (cont.)

	<i>Página</i>
CE140.R3	Relatório sobre a arrecadação de cotas de Contribuição61
CE140.R4	Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público62
CE140.R5	Escala de Cotas63
CE140.R6	Fundo Mestre de Investimentos de Capital.....64
CE140.R7	Proposta de Plano estratégico para 2008-201265
CE140.R8	Projeto de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para 2008-200967
CE140.R9	Cotas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2008-200971
CE140.R10	Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congenita nas Américas74
CE140.R11	A Malária nas Américas76
CE140.R12	Prêmio OPAS em Administração 200778
CE140.R13	Plano Regional de Ação para Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015.....79
CE140.R14	Modificações ao Regulamento do Pessoal da RSPA.....81
CE140.R15	Hospitais seguros: Iniciativa regional sobre os Serviços de Saúde Resistentes à Desastres83
CE140.R16	Estratégia para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas.....86
CE140.R17	Prevenção e Controle da Dengue nas Américas88
CE140.R18	Política e Estratégia Regional para assegurar a qualidade da atenção à saúde, incluindo a segurança do paciente90
CE140.R19	Agenda provisória da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas93
 <i>Decisões</i>	
CE140(D1)	Aprovação da Agenda.....93
CE140(D2)	Representação do Comitê Executivo na 27ª Conferência Sanitária Pan Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....93
 Anexos	
Anexo A. Agenda	
Anexo B. Lista de documentos	
Anexo C. Lista de Participantes	

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 140ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 25 a 29 de junho de 2007. Participaram da sessão os delegados dos seguintes nove Membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Ambígua e Barbuda, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos da América, Panamá, Trinidad e Tobago, Uruguai e Venezuela. Representantes dos seguintes Estados Membros e Estados Observadores participaram como observadores: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Espanha, França e México. Além disso, quatro organizações intergovernamentais e cinco organizações não governamentais estiveram representadas.

2. A Dra. Nancy Pérez (Venezuela, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. Sentiu-se honrada em presidir as deliberações do Comitê e estava ansiosa para compartilhar as experiências de seu país na abordagem das questões sanitárias e sociais e aprender com as experiências de outros países. Enfatizou a necessidade de que a OPAS trabalhe de maneira integrada, focalizando não só as questões de saúde em si, mas também os determinantes sociais da saúde, já que doenças como malária, dengue e HIV/AIDS não podiam ser separadas do contexto em que ocorriam, e os esforços para combatê-las só poderiam ser eficazes se fossem tomadas medidas para resolver problemas sociais como a pobreza e analfabetismo. Em sua opinião, o Comitê Executivo devia ser um fórum de diálogo e intercâmbio de opiniões sobre as questões que deveriam estar na agenda de saúde pública da Região. Embora a agenda do Comitê incluísse vários desses itens, o Governo da Venezuela considerava que deveria também refletir questões inextricavelmente vinculadas à saúde que estavam sendo discutidas em outros fóruns, especialmente a Organização dos Estados Americanos (OEA).

3. Assim, propôs que os seguintes temas, que em sua maioria haviam sido objeto de resoluções ou declarações durante a recente 37ª sessão ordinária da Assembléia Geral da OEA, fossem incluídos na agenda do Comitê, para que depois fossem submetidos aos ministros da saúde da Região na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana: atenção primária à saúde; determinantes sociais da saúde; medicamentos e propriedade intelectual; álcool, violência e deficiência; Carta Social das Américas: Renovação do compromisso do hemisfério em combater a pobreza na Região; Coordenação dos voluntários do hemisfério na resposta a desastres naturais e luta contra a fome e pobreza; Iniciativa dos Capacetes Brancos; Programa Interamericano para um registro civil universal e o “direito à identidade”; Pobreza, Equidade e Inclusão Social: acompanhamento da Declaração de Margarita; Erradicar o analfabetismo e combater as

doenças que afetam o desenvolvimento integral; Mecanismo para acompanhar a implementação da Convenção Interamericana sobre Prevenção, Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher, “Convenção de Belém do Pará”; Importância da nutrição para obter populações mais saudáveis e um desenvolvimento Integral; Apoio aos esforços para erradicar a desnutrição infantil nas Américas; Reunião Interamericana sobre aspectos econômicos, sociais e ambientais referentes à disponibilidade e acesso a água potável; Água, Saúde e Direitos Humanos.

4. A Dra. Mirta Roses (Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana) agradeceu à Presidente suas estimulantes observações, que determinaram o teor da sessão. Ao apresentar suas boas-vindas aos participantes, expressou confiança em que a sessão seria muito frutífera.

Assuntos relativos ao regulamento

Autoridades

5. Os seguintes Membros eleitos para a 139ª Sessão continuaram a atuar na 140ª Sessão:

Presidente: Venezuela (Dra. Nancy Pérez)

Vice-Presidente: Ambígua e Barbuda (Sr. H. John Maginley)

Relator: Estados Unidos da América (Sr. Mark Abdo)

6. A Diretora atuou como Secretária *ex officio*, e a Dra. Cristina Beato, Vice-Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), como Secretária Técnica.

Aprovação da agenda e do programa de reuniões (documentos CE140/1, Rev. 1, e CE140/WP/1)

7. Após um extenso debate sobre a viabilidade de incluir na agenda alguns ou todos os itens mencionados pela Presidente em sua declaração, decidiu-se que, sob a rubrica “Outros assuntos” seriam apresentados breves relatórios sobre a situação das negociações acerca da Carta Social das Américas, o trabalho da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde e o tema Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, recentemente examinado pela Assembléia Mundial da Saúde.

8. Assinalou-se que a agenda havia sido aprovada pelo Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração em março de 2007 e que já era bem extensa. Embora o Comitê concordasse quanto à importância dos assuntos mencionados pela Presidente, a maioria dos Membros considerava que sua inclusão como itens formais da agenda

deixaria muito pouco tempo para examinar outros temas de importância crucial para o futuro da Organização, como o Plano estratégico para 2008-2012 e o projeto de Orçamento por Programas para 2008-2009. Vários Membros também observaram que muitas das questões de preocupação para a Presidente foram abordadas no Plano estratégico e assim poderiam ser examinadas quando o Comitê considerasse esse tema.

9. A Diretora afirmou que o Comitê poderia recomendar que as agendas de futuras sessões incluíssem um item sobre as resoluções da OEA de interesse para a OPAS, similar ao item sobre as resoluções da Assembléia Mundial da Saúde de interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. Para tanto, a Secretaria poderia preparar uma tabela mostrando as resoluções da OEA e as resoluções e atividades conexas da OPAS, como a tabela contida no documento CE140/INF/2.

10. O Comitê aprovou a agenda provisória sem alterações. O Comitê também adotou um programa de reuniões (Decisão CE140(D1)).

Representação do Comitê Executivo na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE140/3)

11. De acordo com o artigo 54 do Regulamento Interno, o Comitê Executivo designou os delegados da Venezuela e Antígua e Barbuda, como Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, para representar o Comitê na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Canadá e Estados Unidos da América foram designados como representantes suplentes (Decisão CE140(D2)).

Agenda provisória da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE140/4, Rev. 1)

12. O Comitê considerou a agenda provisória preparada pela Diretora de acordo com o Artigo 14.B da Constituição da OPAS e o artigo 8 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, e decidiu retirar o item 4.9, “Estratégia Regional e Plano de ação para prevenção e controle do câncer de colo do útero,” em conformidade com o exame desse item durante a 140ª Sessão (ver parágrafos 114 a 128 adiante). O Comitê também decidiu que um relatório sobre o resultado da conferência internacional de atenção primária à saúde a ser realizada na Argentina em agosto (ver parágrafo 142) seja apresentado durante a Conferência, e que uma sessão informativa sobre os determinantes sociais da saúde seja oferecida fora da agenda formal. Assinalou-se que a agenda era muito extensa e incentivou-se a Diretora a manter as apresentações do pessoal da Secretaria tão breves quanto possível para permitir tempo suficiente de discussão pelos Estados Membros.

13. O Comitê aprovou a agenda provisória, modificada (Resolução CE140.R19).

Assuntos relativos ao Comitê

Relatório sobre a primeira sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (documento CE140/5)

14. O Sr. Nick Previsich (Canadá, Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) apresentou o relatório sobre a Primeira Sessão do Subcomitê, indicando que vários itens examinados pelo Subcomitê seriam também discutidos pelo Comitê Executivo durante a 140ª Sessão e que ele informaria sobre esses itens quando fossem considerados pelo Comitê. Os seguintes itens examinados pelo Subcomitê não estavam na agenda do Comitê: elaboração da Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017; versão preliminar do Plano estratégico de Médio Prazo da OMS para 2008-2013 e versão preliminar do projeto de orçamento por programas da OSM para 2008-2009; Relatório sobre as contribuições voluntárias; Fortalecimento das relações entre a OPAS e organizações não governamentais. Além disso, o Subcomitê considerou uma proposta referente aos detalhes do fórum de candidatos para o cargo de Diretor da RSPA e examinou a agenda da 140ª Sessão do Comitê Executivo e um calendário preliminar da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Os comentários do Subcomitê sobre todos esses itens encontram-se no relatório final da Primeira Sessão (documento SPBA1/FR, anexo ao documento CE140/5).

15. No debate que se seguiu, o Delegado de Antígua e Barbuda, indicando que o Subcomitê havia examinado a situação de vários centros pan-americanos, disse que os ministros da saúde do Caribe estavam discutindo várias questões de gestão relativas às instituições regionais do Caribe, incluindo o Caribbean Epidemiology Center (CAREC) e o Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI), e estavam procurando identificar mecanismos que assegurem o financiamento apropriado desses centros. Agradeceu à Diretora seu apoio a esses esforços e assegurou ao Comitê que os Governos do Caribe mantinham o compromisso com a contínua operação dos dois centros.

16. O Comitê elogiou e agradeceu ao Subcomitê por seu trabalho e tomou nota do relatório.

Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS (documento CE140/7)

17. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado a colaboração entre a OPAS e uma organização não governamental. Com base no exame da documentação fornecida pela Secretaria e da informação obtida da ONG, o Subcomitê recomenda suspender as relações com a CONFEMEL, assinalando que seria aconselhável considerar o restabelecimento das relações oficiais no futuro se a OPAS estiver interessada em manter relações com a ONG. O Subcomitê indicou que sua recomendação se aplicava somente às

relações oficiais com CONFEMEL; as relações de trabalho informais poderiam continuar, e as relações oficiais podem ser restabelecidas após dois anos com base num novo plano de trabalho colaborador. O Subcomitê sublinhou que a manutenção de relações frutíferas requeria esforços por parte da OPAS e da ONG, e incentivou a Secretaria a se manter vigilante e procurar assegurar que todas as ONGs que mantêm relações oficiais com a OPAS cumpram os compromissos assumidos com a Organização.

18. O Dr. Marco Becker (Confederação Médica da América Latina e Caribe, CONFEMEL) afirmou que a CONFEMEL aceitava as críticas a suas deficiências, concordando em que não esteve muito ativa. A Confederação recentemente teve uma eleição, estava reformando seu estatuto e esperava ser mais eficaz no futuro.

19. O Comitê Executivo adotou a resolução CE140.R2, mediante a qual se suspendem as relações oficiais entre a OPAS e a CONFEMEL, com a possibilidade de restabelecê-las no futuro.

Prêmio OPAS em Administração 2007 (documentos CE140/6, CE140/6, Add. I e CE140/6, Add. II)

Alterações nos Procedimentos e Diretrizes para outorga do Prêmio OPAS em Administração

20. O Dr. Pedro Brito (Gerente de Área, Fortalecimento dos Sistemas de Saúde, OPAS) lembrou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2006 havia recomendado que os procedimentos e diretrizes para seleção dos candidatos e agraciados fossem adaptados às novas condições que influenciam o setor da saúde, bem como à terminologia atualmente utilizada. Chamou a atenção para as alterações propostas, listadas no anexo ao documento CE140/6, Add. I.

21. O Comitê adotou a resolução CE140.R1, aprovando as alterações propostas.

Relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração 2007

22. A Srta. Kate Dickson (Canadá) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2007, consistindo de representantes do Canadá, Trinidad e Tobago e Uruguai, se reuniu em 27 de junho de 2007. Após examinar cuidadosamente a documentação dos candidatos indicados por Estados Membros, o Júri decidiu conferir o prêmio ao Dr. Armando Mariano Reale, da Argentina, por sua contribuição à modernização dos sistemas de saúde e seguridade social, promovendo a integração entre os setores público e privado, criação de redes de provedores nos diversos níveis de atenção à saúde e adoção de novos modelos de financiamento do setor público e da seguridade social.

23. O Comitê adotou a Resolução CE140.R12, endossando a decisão do Júri.

Relatório Anual do Escritório de Ética (documento CE140/27)

24. O Presidente chamou a atenção do Comitê para o documento CE140/27 e declarou aberto o debate.

25. O Comitê acolheu com satisfação o relatório, reconhecendo os esforços que a Organização estava envidando para promover uma cultura de ética e responsabilidade, e estabelecer um sistema efetivo de integridade e solução de conflitos. Estava claro que o Escritório de Ética havia contribuído, mediante a provisão de assessoria e treinamento, para ajudar os funcionários a tomar decisões éticas e assegurar o cumprimento de todas as normas e políticas aplicáveis sobre as normas de conduta para o pessoal da OPAS.

26. O Comitê endossou a provisão de um curso online obrigatório sobre o Código de Princípios Éticos e Conduta da RSPA, bem como a decisão do Escritório de Ética de dar prosseguimento a 13 investigações de suspeitas de violações do Código. Reconhecendo que essas investigações podem criar mais tensões internas, o Comitê endossou o plano de elaborar um manual de procedimentos investigativos, proteção de informantes e diretrizes de política para prevenir a recontração de funcionários ou consultores culpados de violações éticas. Sugeriu-se que a política das Nações Unidas sobre proteção de informantes poderia servir de insumo. O Comitê indagou sobre a relação entre o Escritório de Ética da OPAS e os Serviços de Supervisão Interna da OMS e enfatizou a necessidade de assegurar a coordenação e evitar superposição de atividades.

27. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, OPAS) informou que uma campanha de conscientização seria lançada em junho de 2007, com folhetos para todos os funcionários e cartazes para todos os escritórios, enfatizando a importância da conduta ética e informando aos funcionários os meios disponíveis para fazer perguntas ou informar conduta contrária à ética. O programa de treinamento online estaria disponível em CDs para uso em alguns países nos quais o acesso à Internet é problemático. Era encorajador o fato de o Escritório de Ética receber um crescente número de perguntas sobre questões éticas, incluindo anonimamente através da linha de emergência ética.

28. Apresentou um panorama do Sistema de Integridade e Manejo de Conflitos baseado na internet, que estava cerca de 80% completo e também seria lançado em julho de 2007. O sistema oferece nove recursos aos funcionários para resolver questões éticas e proporciona orientação sobre o recurso mais apropriado. O Escritório dos Serviços de Supervisão Interna é um dos nove e estão sendo envidados esforços para assegurar a clareza e exatidão da informação sobre o uso de cada recurso em situações específicas, o que ajudaria a minimizar a superposição.

29. O Comitê Executivo tomou nota do relatório do Escritório de Ética.

Assuntos relativos à política dos programas

Projeto de Plano estratégico para 2008–2012 (documento oficial 328)

30. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), ao introduzir o item, destacou os principais pontos do exame que o SPBA fez de uma versão preliminar do Plano estratégico na sua primeira sessão em março. Quanto à decisão de combinar alguns objetivos estratégicos para alinhar o Plano estratégico da OPAS com o Plano estratégico de Médio Prazo da OMS, o Subcomitê era de opinião que a Região não deve necessariamente seguir as decisões da OMS nessa matéria. O consenso do Subcomitê era que os Objetivos Estratégicos 1 e 2 deviam ficar separados e, embora os Objetivos Estratégicos 10 e 11 possam ser combinados, os Objetivos Estratégicos 13 e 14 também devem ficar separados. Em relação ao Objetivo Estratégico 13, vários delegados enfatizaram a importância crucial das questões da força de trabalho em saúde, especialmente a migração dos profissionais de saúde, nas Américas.

31. Quanto às alocações para os objetivos estratégicos, vários delegados consideraram que o montante alocado para doenças não transmissíveis era muito pequeno em proporção à magnitude do problema. Os Delegados também mostraram preocupação com o número e ambição de alguns indicadores e metas, questionando se era realista esperar sua consecução dentro do período planejado e com os recursos alocados. Sublinhou-se a necessidade de assegurar que os indicadores sejam viáveis, mensuráveis e baseados em evidências e que reflitam realmente as prioridades da Organização. O Subcomitê fez uma série de recomendações para melhorar o conteúdo, estilo e linguagem do documento. Em particular, sugeriu-se que o documento se beneficiaria de uma discussão mais explícita da metodologia usada para formular o Plano estratégico e, especialmente, uma explicação de como as prioridades foram identificadas e como as decisões de alocação dos recursos foram tomadas em face das prioridades concorrentes. No tocante à metodologia, enfatizou-se a necessidade de distinguir claramente entre atividades, metas e enfoques estratégicos.

32. O Dr. Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento por Programas e Apoio a Projetos, OPAS) assinalou que a versão do Plano estratégico contida no *Documento oficial 328* deve ser ajustada para refletir a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, adotada no início de junho, e com a versão final do Plano estratégico de Médio Prazo da OMS adotado em maio de 2007. Contudo, segundo as recomendações do SPBA, os Objetivos Estratégicos 10, 11, 13 e 14 continuariam separados; assim o Plano estratégico da OPAS continuaria com 16 objetivos. Além disso, eram necessários planos de trabalho bienais para completar o Plano e finalizar os resultados esperados na região e seus respectivos indicadores e metas. Esses planos estavam sendo elaborados por todas as áreas da Organização. A Secretaria faria esses

ajustes e também incorporaria os comentários do Comitê Executivo na versão final do, que seria submetido à aprovação da Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro de 2007.

33. O Comitê Executivo aplaudiu a versão revisada do Plano estratégico, que na opinião de alguns Membros era bem melhor. Considerou-se que o documento estava bem alinhado com o Plano estratégico de Médio Prazo da OMS, mas também demonstrava um elogiável grau de especificidade regional. Contudo, o Comitê considerava que o documento poderia ser melhorado; portanto, via com satisfação a disposição da Secretaria de continuar recebendo comentários dos Estados Membros antes da Conferência Sanitária Pan-Americana. Vários delegados, embora reconhecessem a complexidade inerente de alinhar o Plano estratégico com a Agenda de Saúde para as Américas e o 11º Programa Geral de Trabalho e Plano estratégico de Médio Prazo da OMS, incentivaram a Secretaria a abreviar e simplificar o documento para que ficasse mais fácil de analisar e entender, tanto para os Estados Membros quanto para os funcionários da OPAS. Nesse sentido, recomendou-se vigorosamente que a Secretaria exija que todos os funcionários da OPAS participem de um exercício de treinamento destinado a assegurar que estejam familiarizados com o Plano e compreendam como suas respectivas atividades programáticas contribuiriam para a consecução dos objetivos estratégicos e resultados esperados. Do contrário, temia-se que o documento possa simplesmente ser colocado numa estante e esquecido.

34. Vários delegados assinalaram a necessidade de refinar mais os resultados esperados na região e seus indicadores para assegurar a avaliação do progresso. Indicou-se, por exemplo, que muitos indicadores referiam-se ao número de países que estabeleceram uma unidade governamental para executar uma atividade, mas o mero estabelecimento de uma unidade não garante que a atividade seja efetivamente executada ou que tenha um impacto real. Além disso, a linguagem usada em muitos indicadores era vaga. Por exemplo, vários requeriam um “aumento substancial”, mas não se definia o termo “substancial”. Sugeriu-se também que se reduza o número de indicadores e se faça um esforço para identificar os indicadores com maior poder discriminatório.

35. Sublinhou-se a necessidade de uma avaliação anual e bianual para avaliar o progresso na obtenção dos resultados esperados. Alguns Membros solicitaram esclarecimento acerca da metodologia de avaliação a ser empregada e como a Secretaria resolveria o conflito de tempo criado pelo fato de que o Plano estratégico quinquenal cobriria três biênios, ou seis anos. Solicitou-se que a Secretaria incluísse informação mais detalhada sobre monitoramento e avaliação do Plano na próxima versão do documento.

36. O esforço de priorização programática foi reconhecido, mas alguns delegados indicaram a necessidade de informação adicional, inclusive uma análise da percentagem do orçamento total alocada a cada objetivo estratégico, para que os Estados Membros

possam ver a prioridade relativa atribuída a cada programa. Indicando que vários objetivos estratégicos cobriam mais de uma área, os delegados enfatizaram a necessidade de coordenação e integração interprogramática para implementar o plano e obter os resultados esperados. Vários delegados também destacaram a necessidade de um enfoque multissetorial para obter os resultados previstos no Plano estratégico. Expressou-se que o documento poderia ser melhorado se incluísse uma análise dos determinantes econômicos e sociais da saúde a serem abordados no Plano.

37. Alguns Delegados solicitaram, e receberam de vários membros da Secretaria, esclarecimento de vários aspectos específicos dos objetivos estratégicos. Além disso, vários delegados apresentaram comentários por escrito. O representante do Banco Interamericano de Desenvolvimento, que também apresentou comentários escritos, sugeriu que os valores mencionados no parágrafo 8 do documento deveriam incluir eficiência e eficácia no uso dos recursos, que era uma grande preocupação em todos os países da Região e tinha sido um dos principais objetivos das reformas do setor da saúde implantadas recentemente.

38. O Dr. Gutiérrez incentivou todas as delegações a apresentarem seus comentários por escrito e afirmou que os Estados Membros poderiam continuar enviando comentários ao Plano estratégico eletronicamente via SharePoint até 15 de agosto de 2007. A Secretaria estava consciente das deficiências do documento e havia iniciado um processo de revisão destinado a corrigir as incoerências e outros problemas destacados por Membros do Comitê Executivo, aperfeiçoando os indicadores e metas e tornando o documento mais conciso. O processo de preparação dos planos de trabalho bienais, em andamento, ajudaria a detectar problemas específicos com os indicadores e metas que tinham de ser resolvidos antes de produzir a próxima versão do documento. Ademais, o Plano estratégico era flexível e nos próximos seis anos seria possível efetuar ajustes adicionais para corrigir qualquer problema que possa surgir ou responder a novas circunstâncias.

39. Algumas das incoerências e repetições do documento eram devidas ao fato de que vários funcionários de todas as áreas e níveis da Organização haviam participado da sua elaboração. Contudo, a extensa participação dos funcionários na elaboração do Plano estratégico também assegurava que tivessem conhecimento do Plano e de seu conteúdo. Estava sendo proporcionado treinamento adicional aos funcionários em conexão com os planos de trabalho bienais para 2008-2009. O documento certamente não seria colocado numa estante e esquecido porque serviria de guia para o planejamento operacional nos próximos seis anos, e os gerentes não poderiam ter acesso a fundos para suas atividades sem especificar sua relação com os resultados esperados e os indicadores apresentados no Plano.

40. O Plano estratégico cobriria três biênios, ou seis anos, porque era impraticável do

ponto de vista operacional dividir um biênio, além de complicar o monitoramento e avaliação. Assim, o Plano estratégico para 2008-2012 cobriria os biênios 2008-2009, 2010-2011 e 2012-2013, enquanto o Plano para 2013-2017 cobriria os biênios 2014-2015 e 2016-2017.

41. O exercício de priorização programática não estava terminado. A Secretaria estava iniciando a segunda etapa. Contudo, os Estados Membros não deveriam esperar nenhuma mudança drástica nas alocações do orçamento para os vários objetivos estratégicos porque a maior parcela do orçamento se destina a financiar cargos e não atividades de programas, embora no futuro alguns cargos possam ser remanejados para refletir melhor as prioridades.

42. Quanto à metodologia de monitoramento e avaliação do Plano, operacionalmente o Plano seria executado através dos planos de trabalho bienais negociados com cada país e sub-região. Os planos de trabalho bienais continham os resultados esperados, indicadores e metas, que seriam vinculados aos resultados, indicadores e metas regionais. Para cada indicador, haveria uma referência de seis meses no programa de monitoramento e avaliação da OPAS. Essas referências habilitariam a Secretaria a determinar se os indicadores estavam sendo alcançados, o que por sua vez a habilitaria a avaliar se os resultados esperados na região estavam sendo obtidos e informar aos Estados Membros e à OMS a contribuição das Américas aos objetivos globais contidos no Plano estratégico de Médio Prazo da OMS.

43. A Diretora queria fazer três observações em resposta aos comentários do Comitê sobre o Plano estratégico. Primeiro, o sistema de planejamento e avaliação da Organização (AMPES) — que existia há 25 anos e era considerado entre os melhores no sistema das Nações Unidas — proporciona um meio muito confiável de avaliar a obtenção dos resultados esperados. Além disso, AMPES permite que a Secretaria vincule claramente os gastos aos resultados ao longo de toda a corrente de resultados, desde o nível nacional até o nível global.

44. Segundo, embora o Plano estratégico se aplique principalmente à Secretaria, a consecução dos objetivos estratégicos envolve toda a Organização, incluindo os Estados Membros. As metas e indicadores para os vários objetivos eram essencialmente propostas da Secretaria; cabe a cada Estado Membro decidir a adoção de cada meta. Em alguns casos, pode ser viável um país se comprometer a atingir uma meta apenas parcialmente. Em outros casos, uma meta não é relevante para alguns países porque já a atingiram, embora esses países possam se comprometer a manter seu status ou ajudar outros países a atingi-la. A questão é que, quando os Estados Membros aprovam uma orientação estratégica para ação programática, estão comprometendo toda a Organização a trabalhar nesse sentido.

45. Terceiro, outras organizações e indivíduos também estariam envolvidos na

implantação do Plano estratégico. A obtenção dos resultados previstos no Plano exigiria recursos financeiros e não financeiros de doadores e outros parceiros. Contudo, essas contribuições teriam que estar de acordo com as orientações estabelecidas no Plano estratégico; a OPAS não programaria atividades em outras áreas somente para obter recursos. Quando ao monitoramento e avaliação, seria medida a contribuição específica da OPAS aos resultados gerais obtidos.

46. O Comitê adotou a Resolução CE140.R7, recomendando que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove o projeto de Plano estratégico para 2008-2012.

Projeto de orçamento por programas 2008–2009 (Documento oficial 327 e documento CE140/28)

47. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração), informando sobre o exame pelo SPBA de uma versão anterior do projeto de orçamento por programas em março de 2007, afirmou que o Subcomitê havia solicitado mais detalhes sobre a metodologia usada para calcular os aumentos de custos e os pressupostos desses cálculos. Havia solicitado também que a proposta de orçamento a ser submetida ao Comitê Executivo incluísse orçamentos alternativos e indicasse qual seria o impacto sobre os programas se o aumento proposto nas cotas dos Estados Membros não fosse aprovado ou não ocorresse o aumento previsto nas contribuições voluntárias. Quanto a este último, vários delegados se perguntaram se a projeção de um aumento de 30% seria realista. O Subcomitê havia feito várias sugestões sobre o formato e conteúdo do documento orçamentário, notadamente a inclusão de dados mostrando a proporção do orçamento total dedicada a cada objetivo estratégico no orçamento de 2006-2007 e no proposto para 2008-2009. Sugeriu-se também que o documento incluía um gráfico mostrando o impacto sobre os fundos para os programas dos aumentos obrigatórios referentes aos cargos e da implantação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público e do proposto Plano Mestre de Investimentos de Capital.

48. O Sr. Román Sotela (Chefe de Unidade, Planejamento e Orçamento por Programas, OPAS) chamou a atenção para o *documento oficial 327*, que contém o projeto de Orçamento por Programas para 2008-2009, e o documento CE140/28, que contém a informação solicitada pelo SPBA acerca do impacto de um orçamento com crescimento nominal zero e priorização dos 16 objetivos estratégicos. Examinou as diversas fontes de financiamento do orçamento proposto (indicadas na Tabela 1 do *documento oficial 327*), assinalando que a informação era a mesma apresentada ao SPBA, com uma exceção: a parcela da OMS no orçamento ordinário sofreu uma redução de US\$ 3,5 milhões³ porque a 60ª Assembléia Mundial da Saúde havia destinado \$ 81.501.000 às Américas, em vez dos \$ 85.000.000 solicitados. O aumento proposto nas cotas dos Estados Membros da OPAS continuava sendo 3,9%, e seria todo usado para ajudar a cobrir os aumentos de

³ Salvo indicação em contrário, todas as cifras deste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

custos dos cargos com contrato a prazo fixo. Mesmo assim, um aumento de 3.9% resultaria numa redução média de 23% nas atividades dos programas regionais. As reduções vinculadas a várias hipóteses alternativas encontram-se no documento CE140/28.

49. Com a Política Regional de Orçamento por Programas aprovada em 2004, a parcela regional do orçamento continuou diminuindo, enquanto as proporções nacionais e sub-regionais continuaram aumentando. Os anexos 4 e 5 do *Documento oficial 327* mostram o efeito da aplicação da política no âmbito nacional. Devido à redução do financiamento, a Secretaria tomou uma série de medidas para reduzir custos e aumentar a eficiência no uso dos recursos, incluindo a eliminação de cargos, descentralização de cargos regionais e fusão de programas e centros pan-americanos. O número de contratos a prazo fixo estava no nível mais baixo registrado em 30 anos, tendo diminuído de mais de 1.200 em 1980-1981 para 778 atualmente.

50. No debate que se seguiu, o Comitê Executivo expressou satisfação com a informação fornecida em resposta aos pedidos do SPBA, em particular os detalhes referentes à base para o aumento proposto, a informação sobre priorização dos objetivos estratégicos e as hipóteses alternativas apresentadas no documento CE140/28. O Comitê considerou satisfatórios o formato e estrutura do documento orçamentário, mas sugeriu-se que, como no caso do Plano estratégico, deve-se fazer um esforço para abreviar e simplificar. Sugeriu-se também que o documento poderia ter mais informações sobre as contribuições voluntárias projetadas e o uso desses fundos de acordo com as prioridades estratégicas da Organização. Como o Subcomitê, o Comitê Executivo questionou se a estimativa das contribuições voluntárias era realista e se um volume suficiente das contribuições voluntárias recebidas seria desvinculado para que a OPAS executasse seu programa e obtivesse os resultados propostos. O Comitê também destacou a necessidade de refinar alguns indicadores e reduzir seu número, assegurando que os indicadores retidos sejam os de maior poder discriminatório para facilitar a medição dos resultados.

51. Alguns Membros do Comitê solicitaram esclarecimento acerca dos critérios usados para priorizar os objetivos estratégicos e a justificativa de algumas das alterações na distribuição dos recursos entre os vários objetivos desde a sessão do SPBA em março. Assinalou-se, por exemplo, que a alocação para o Objetivo Estratégico 10 sofreu uma redução de 4,1% em relação ao montante alocado em 2006-2007, embora esse objetivo compreenda a atenção primária à saúde, que os Estados Membros identificaram como prioridade. Assinalou-se também que o Objetivo Estratégico 16, referente às funções administrativas, recebeu a maior alocação, indicando que, aparentemente, era a principal prioridade da Organização. Delegados da sub-região do Caribe indicaram que um montante relativamente pequeno havia sido alocado para prevenção e controle de doenças crônicas, embora seja um problema decisivo identificado como alta prioridade para todos os países do Caribe.

52. Assinalou-se que o custo de implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público e do Plano Mestre de Investimentos de Capital, embora mencionado na parte narrativa do orçamento, ainda não havia sido incorporado ao orçamento. Incentivou-se a Secretaria a fazer uma provisão no orçamento ordinário para os investimentos de capital. Assinalou-se que o orçamento não discriminava os recursos por país, sub-região e região.

53. Quanto ao aumento proposto de 3,9% nas cotas dos Estados Membros, as opiniões se dividiram: alguns delegados defenderam um crescimento nominal zero no orçamento da Organização, enquanto outros consideraram o aumento justificado e necessário para que a Organização possa atender as demandas dos Estados Membros. Um delegado — embora reconheça as preocupações dos países com política de crescimento nominal zero — assinalou que a OPAS só poderia responder efetivamente a ameaças como a gripe aviária ou eventos imprevisíveis como desastres naturais com recursos suficientes. Outra delegada observou que as tendências econômicas atuais parecem positivas e que a Organização, portanto, pode receber mais receitas diversas do que em 2006-2007. Esperava que, ao realizar-se a Conferência Sanitária Pan-Americana, a Secretaria tenha uma idéia melhor de qual seria essa receita diversa.

54. O Sr. Sotela, respondendo aos comentários sobre o formato e conteúdo do documento orçamentário, afirmou que o orçamento estava inextricavelmente ligado ao Plano estratégico; na medida em que a Secretaria revisasse e simplificasse o Plano estratégico, o orçamento também seria simplificado. Quanto à discriminação de recursos por país, sub-região e região, assinalou que os níveis de financiamento por país eram indicados nos anexos 4 e 5 do *Documento oficial 327*. Detalhes dos programas nacionais e sub-regionais, incluindo prioridades nacionais e sub-regionais e o montante alocado a cada uma, seriam acrescentados antes da Conferência Sanitária Pan-Americana. Normalmente, essa informação era fornecida no documento orçamentário submetido ao Comitê Executivo; contudo, já que os programas nacionais e sub-regionais estavam vinculados ao Plano estratégico, que ainda não havia sido finalizado, a informação não estava disponível.

55. Quanto aos critérios aplicados na priorização dos objetivos estratégicos, estavam listados no parágrafo 9 do documento CE140/28. Em consequência da primeira rodada de priorização programática, as alocações para os Objetivos Estratégicos 1, 2, 3, 4, 7, 11, 12 e 15 foram aumentadas em relação aos montantes indicados no documento apresentado ao SPBA em março, enquanto as alocações para os Objetivos Estratégicos 5, 6, 8, 9, 10, 14 e 16 foram reduzidas. Essas variações refletem as tendências históricas, bem como as necessidades e realidades atuais, incluindo certos níveis de financiamento ditados pela OMS. A alocação para o objetivo estratégico 16 era grande porque compreendia a maior parte das funções que possibilitam a cooperação técnica da OPAS; embora a alocação para esse objetivo tenha aumentado, foi o menor aumento registrado entre os objetivos

(2,1%). As doenças crônicas estavam cobertas pelo Objetivo Estratégico 3, cuja alocação aumentou quase 48% em relação ao montante alocado em 2006-2007. Quanto ao Objetivo Estratégico 10, a alocação do orçamento ordinário para 2008-2009 aumentaria em relação a 2006-2007. A redução de 4,1% indicada no *Documento oficial 237* era resultado de um ajuste no montante esperado de contribuições voluntárias, que foi superestimado em 2006-2007. Se os Estados Membros quiserem alocar um montante maior para essa área, ou outra área, a Secretaria faria os ajustes necessários.

56. Quanto ao custo de implementação do Plano Mestre de Investimentos em Capital, previu-se que a maior parte do financiamento inicial proviria do Fundo para Bens Imóveis e Fundo de Bens de Capital e qualquer recurso excedente no final do biênio 2006-2007, e não do orçamento ordinário para 2008-2009. Alguns fundos do orçamento ordinário seriam gastos simplesmente devido a custos de pessoal associados com as funções de tecnologia da informação, manutenção e reparos de edifícios e áreas conexas. Contudo, simplesmente não era viável contemplar o financiamento do Plano Mestre de Investimentos em Capital no nível proposto de \$ 8 milhões somente com o orçamento ordinário, pois isso não deixaria fundos para muitos programas técnicos da Organização. Parece que a OPAS terminaria o biênio 2006-2007 com um superávit substancial, graças a uma receita diversa maior que a projeção e à arrecadação de um nível extraordinariamente alto de cotas atrasadas em 2006. Essa situação, que provavelmente não ocorreria novamente, criou uma janela de oportunidade para os Estados Membros reservarem os fundos necessários para cobrir grandes despesas de capital no futuro. Esperava que aproveitassem essa oportunidade aprovando o Plano Mestre de Investimentos em Capital.

57. Com respeito às contribuições voluntárias, a OPAS estava procurando aumentar o nível de fundos desvinculados, mas a maioria das contribuições voluntárias da OPAS continuava sendo vinculada. Todavia, a Secretaria acredita que os objetivos estratégicos e resultados esperados na região eram tão amplos que seria possível atrair o nível projetado de financiamento voluntário, embora não se possa garantir que seja destinado às áreas em que os fundos são mais necessitados.

58. A Diretora enfatizou que qualquer receita, seja as cotas dos Estados Membros ou contribuições voluntárias, seria usada para executar as prioridades e alcançar os objetivos aprovados pelos Estados Membros no Plano estratégico. É importante ter em mente que o orçamento da OPAS foi estruturado não só tematicamente, mas também por nível — regional, sub-regional e nacional — e que quase 50% do total era alocado aos países. Cada país decidia a prioridade a ser atribuída a cada área dentro de sua alocação, o que permite maior especificidade no uso dos recursos, como as alocações sub-regionais, que correspondem a quase 7% do orçamento. Assim, os países do Caribe podem decidir dedicar uma parte maior do orçamento à prevenção e controle de doenças crônicas, enquanto outros países podem destinar uma parcela maior para atenção primária à saúde

ou outras atividades.

59. Também é importante entender que o orçamento da Organização é dividido em duas partes: uma para custos de pessoal e outra para as atividades dos programas. Alguns programas e alguns escritórios e programas de países tinham poucos cargos e assim uma parcela maior do orçamento podia ser dedicada a atividades. Além disso, muitos funcionários de apoio nos escritórios da OPAS nos países eram emprestados pelos ministérios da saúde ou instituições nacionais, e os custos correspondentes não eram incluídos no orçamento da Organização. Em muitos casos, os países forneciam instalações e serviços para os escritórios. Esses países, embora não fossem considerados “doadores” no sentido tradicional do termo, davam uma enorme contribuição para a manutenção da Organização, permitindo que fizesse mais com seus recursos limitados.

60. O grosso do apoio administrativo da OPAS (as funções mencionadas pelo Sr. Sotela no Objetivo Estratégico 16) se concentra no nível regional. A Organização já dedica uma proporção maior do orçamento regional a custos de pessoal do que para outras atividades. Se houver crescimento nominal zero no orçamento, 84% do nível regional seriam alocados aos custos de pessoal, deixando apenas 16% para atividades dos programas. Seria uma situação insustentável. A Organização eliminou 41 cargos durante 2006-2007 e cortaria outros 12 antes do início do biênio 2008-2009. Além disso, 22 cargos foram transferidos de Washington para áreas de menor custo. Mas há um limite para a eficiência e poupança que pode ser obtida, e a OPAS estava se aproximando desse limite. Logo poderia ser necessário tomar medidas mais drásticas, como terceirizar certas funções, fechar escritórios nos países ou mudar a sede da OPAS para uma área de menor custo.

61. Ela acredita que a OPAS apresentou ampla justificação para o aumento de 3,9% e produziu um documento com detalhes e análise profunda justificando o aumento. Instou o Comitê a aprová-lo; os Estados Membros recentemente aprovaram aumentos da mesma magnitude nos orçamentos da OEA e OMS, o que pode ser visto como uma tendência positiva.

62. No debate que se seguiu em torno do projeto de resolução sobre esse tema, a Delegada dos Estados Unidos reiterou que seu governo defendia uma política de crescimento nominal zero nos orçamentos de todas as organizações internacionais, mas disse que não bloquearia o consenso acerca das resoluções. O Observador pelo México afirmou que seu Governo também favorecia o crescimento nominal zero, mas não se oporia às resoluções ou ao aumento proposto.

63. O Comitê adotou as Resoluções CE140.R8 e CE140.R9, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprove o orçamento por programas e as cotas dos Estados Membros para 2008-2009, com o aumento de 3,9%.

Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas: Relatório de Progresso (documento CE140/8)

64. O Dr. Cuauhtémoc Ruíz Matus (Chefe de Unidade, Imunizações, OPAS) apresentou o relatório sobre o progresso registrado na eliminação da rubéola na Região, assinalando que o êxito obtido até agora era um resultado tangível do trabalho da Organização, que teve um impacto evidente na saúde dos povos das Américas. A Região estava progredindo para atingir a meta estabelecida pelo 44º Conselho Diretor em 2003 de eliminar a rubéola e síndrome de rubéola congênita até 2010. Praticamente todos os países e territórios das Américas estavam administrando a vacina contra sarampo-caxumba-rubéola como parte de seus programas de imunização infantil (e em setembro de 2007 todos estarão), e foram realizadas campanhas especiais de vacinação em toda a Região para imunizar adolescentes e adultos suscetíveis contra a doença, resultando em níveis de cobertura acima de 95% na maioria dos países. De 1980 a 2007, o número de casos de rubéola diminuiu mais de 98%. A vigilância da doença também melhorou muito. O próximo passo da iniciativa seria documentar e certificar a interrupção da transmissão endêmica do vírus da rubéola. Para tanto, seria necessário, primeiro, determinar os dados necessários para os países documentarem a eliminação da rubéola e sarampo e, segundo, formar um Comitê Internacional que faça uma verificação independente da interrupção da transmissão.

65. Além dos benefícios óbvios da eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita, a iniciativa produziu vários benefícios complementares, inclusive o fortalecimento dos serviços de saúde, redução das iniquidades da saúde materna, promoção de uma cultura de prevenção, lições que podem ser aplicadas na introdução de futuras vacinas e experiências essenciais para facilitar a transição da vacinação infantil para a imunização da família. Também contribuiu para a consecução dos objetivos de desenvolvimento do milênio 4 e 5.

66. O Comitê Executivo aplaudiu o êxito da iniciativa e sublinhou a necessidade de um esforço sustentado para assegurar a consecução da meta de eliminação. Solicitou-se que a Secretaria mantenha os Estados Membros informados do progresso e qualquer obstáculo que possa impedir a consecução da meta. O compromisso político do mais alto nível e o apoio aos programas nacionais de imunização — incluindo níveis adequados e sustentáveis de financiamento — eram considerados cruciais para atingir a meta e manter a grande cobertura obtida. Os Delegados enfatizaram a importância da participação comunitária e das campanhas de informação pública no aumento da cobertura. A necessidade de vacinar homens suscetíveis, em particular, foi destacada. Expressou-se apoio à transição da imunização infantil para a da família como meio de atingir as metas de redução de outras doenças, como as previstas na Visão e Estratégia Global de Imunização da OMS/UNICEF.

67. Vários delegados descreveram os esforços de seus países para vacinar a população contra a rubéola e reafirmaram o compromisso de seus governos com a meta de eliminar a rubéola e síndrome da rubéola congênita. O Delegado de Cuba, indicando que o relatório de progresso não continha informação sobre a situação em seu país, disse que Cuba havia eliminado a síndrome da rubéola congênita em 1989 e a rubéola em 1995. Seu país teria prazer em compartilhar sua experiência com outros países que ainda estivessem trabalhando para eliminar essas doenças.

68. O Dr. Ruíz Mata agradeceu aos países por seus comentários e contínuo apoio à iniciativa.

69. A Diretora afirmou que a iniciativa de eliminação da rubéola é um esforço realmente continental ao qual todos os Estados Membros deram contribuições valiosas. Outras regiões da OMS estavam começando a copiar as estratégias que permitiram que as Américas registrassem tamanho êxito na eliminação de doenças imunopreveníveis. A idéia de uma semana regional de vacinação, por exemplo, foi adotada por várias regiões, e a Região Africana progrediu bastante na redução do sarampo usando estratégias desenvolvidas nas Américas.

70. O Comitê tomou nota do relatório de progresso.

Gripe aviária e influenza pandêmica: Relatório de Progresso (documento CE140/9)

71. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilância Sanitária e Gestão de Doenças, OPAS) resumiu o conteúdo do documento CE140/9, que informa sobre o progresso registrado na Região no tocante aos preparativos para combater a influenza. Conforme assinala o relatório, 28 Estados Membros possuem planos nacionais de preparação para uma pandemia de influenza. A OPAS desenvolveu uma ferramenta de avaliação para ajudar os países a avaliar a eficácia de seus planos nacionais, e uma primeira rodada de avaliações teve lugar no fim de 2006 e início de 2007. O relatório destaca os principais pontos fortes e fracos dos planos nacionais. Uma segunda rodada de avaliação estava em andamento, cujos resultados seriam informados à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana. A futura cooperação técnica da OPAS seria direcionada para resolver as deficiências identificadas. Em colaboração com os Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos EUA, a OPAS elaborou um protocolo para vigilância da influenza, que estava sendo introduzido mediante seminários regionais para técnicos dos ministérios da saúde. O principal desafio para o futuro seria assegurar a implantação dos planos nacionais de preparação no nível subnacional, especialmente no nível local.

72. O Comitê Executivo via com satisfação o progresso informado no documento CE140/9 e elogiou a OPAS por sua liderança em ajudar os países da Região a se preparar para uma possível pandemia de influenza. Os esforços da Organização para promover a coordenação intersetorial entre os ministérios da saúde e agricultura também foram

louvados. Vários delegados informaram sobre as recentes atividades de preparação para a gripe aviária e influenza pandêmica em seus países, e alguns apresentaram também informações escritas. Além disso, os delegados se ofereceram para compartilhar as experiências de seus países em preparação para influenza com outros países.

73. Os esforços da OPAS para fortalecer a preparação local foram aplaudidos, e instou-se a Organização a trabalhar para melhorar a vigilância nas áreas de fronteira, em conformidade com o Regulamento Internacional de Saúde revisado, de modo a detectar prontamente qualquer surto de gripe aviária e impedir a transmissão da doença entre países. Além disso, incentivou-se a Organização a ajudar os países a realizar exercícios de simulação para testar a eficácia de seus planos nacionais e apoiar os esforços internacionais no sentido de desenvolver uma vacina segura e eficaz contra o vírus H5N1 e aumentar a disponibilidade de medicamentos antivirais. Um delegado indagou se a Organização tinha algum plano para apoiar a criação de reservas de oseltamivir (Tamiflu[®]) no âmbito nacional ou estocar o medicamento no nível central para que estivesse disponível aos países em caso de emergência.

74. O Dr. Barbosa da Silva respondeu que um estoque global de Tamiflu[®] e vacina contra o vírus H5N1 foi criado sob a coordenação da OMS para assegurar sua disponibilidade para uso imediato onde quer que fosse necessário para controlar surtos e prevenir a transmissão da doença. Agradecendo ao Comitê por reconhecer os esforços da OPAS em promover um trabalho integrado com o setor agrícola, afirmou que a Secretaria considerava a campanha de preparação para uma pandemia como uma excelente oportunidade de fortalecer a colaboração intersetorial em várias questões de saúde.

75. A Diretora congratulou os Membros do Comitê por seus esforços para despertar conscientização acerca da necessidade de preparação para influenza na Região e por sua resposta ao apelo por assistência feito no ano anterior para assegurar que a OPAS fosse convidada para participar em reuniões internacionais nas quais se discutiria a gripe aviária. Ela acredita que os países da Região realmente entenderam que a preparação para a gripe aviária e influenza pandêmica pode ser vista como uma oportunidade de implementar o Regulamento Internacional de Saúde, e durante o ano a situação regional melhorou acentuadamente em termos de conscientização das implicações do Regulamento, capacidade de vigilância e preparação geral para influenza. O Comitê Executivo e seus Membros desempenharam um papel importante nesses resultados.

76. O Comitê agradeceu à Secretaria pela atualização e tomou nota do relatório.

A Malária nas Américas: Relatório de Progresso (documento CE140/10)

77. O Dr. Keith Carter (Assessor Regional sobre Malária, OPAS) informou ao Comitê sobre o progresso registrado no combate à malária na Região desde a adoção da resolução CD46.14 em 2005, que fixou a meta de reduzir a malária em pelo menos 50% até 2010 e 75% até 2015, e recomendava a designação de um dia do controle da malária

nas Américas. Para implementar a resolução, a Secretaria, em consulta com especialistas em malária, elaborou um Plano estratégico Regional para Malária nas Américas 2006-2010, com os seguintes componentes: prevenção, vigilância, detecção e contenção da epidemia, gestão integrada de vetores, diagnóstico e tratamento da malária, promoção de um ambiente propício para prevenção e controle da malária, fortalecimento do sistema de saúde e aumento da capacidade no âmbito nacional.

78. O número de casos notificados de malária na Região, incluindo casos de malária causada por falciparum, diminuiu 23% entre 2000 e 2006, e a mortalidade por malária caiu 69% durante o mesmo período. Se a tendência continuar, deve ser possível atingir a meta de diminuir pela metade a incidência de malária até 2010. Seis países registram reduções tão grandes que estão prevendo a eliminação da malária. Contudo, permanecem vários desafios. O documento CE140/10 lista alguns desses desafios, junto com algumas recomendações para enfrentá-los.

79. Solicitou-se que o Comitê Executivo considere recomendar à Conferência Sanitária Pan-Americana que o dia 6 de novembro seja designado Dia da Malária nas Américas. A data foi recomendada por ser o dia em que o parasita da malária foi identificado por Charles Louis Alphonse Lavéran, mas também porque a adoção do Dia Mundial da Malária, 25 de abril, que coincidiu com a Semana de Vacinação nas Américas, poderia desviar a atenção do sério problema da malária.

80. O Comitê viu com satisfação o progresso indicado no relatório, mas enfatizou que a Região não deve descansar sobre os louros porque ainda falta muito a fazer para controlar e, finalmente, eliminar a malária. O Comitê também endossou a proposta de designar 6 de novembro como Dia da Malária nas Américas. Os Membros consideraram a Estratégia Regional e seus cinco componentes apropriados e que as recomendações apresentadas no documento CE140/10 eram claras e viáveis, mas sugeriu-se maior ênfase na pesquisa, especialmente a destinada a encontrar uma vacina eficaz contra a malária, desenvolver medicamentos eficazes e identificar inseticidas e métodos de controle do vetor eficazes mas seguros. Além das intervenções mencionadas no documento, considerou-se importante que a OPAS desse apoio aos países para testes de diagnóstico rápido e avaliação da eficácia dos testes de diagnóstico nos casos em que não se dispunha de apoio laboratorial adequado. Um maior acesso aos serviços de saúde também era considerado crucial para melhorar a detecção e diagnóstico da malária, particularmente em áreas remotas e entre povos indígenas e populações migrantes, como os mineradores. O representante da Farmacopéia dos Estados Unidos enfatizou que também era necessário assegurar a qualidade dos medicamentos fornecidos em áreas remotas; recomendou o uso de laboratórios portáteis, que eram uma ferramenta simples mas eficaz para avaliar a qualidade dos medicamentos para malária e outras doenças.

81. Os Membros destacaram a necessidade de ação multissetorial e educação e participação comunitária para assegurar um abastecimento de água seguro, controlar os

viveiros de mosquitos e equacionar os determinantes sociais que influenciam a prevalência da malária. O vínculo entre controle da malária e desenvolvimento econômico também foi destacado. Um Membro sugeriu que, se a malária fosse problema no mundo desenvolvido, a doença provavelmente já teria sido eliminada.

82. Outro Membro questionou se, num país como o Haiti, que experimentou aumento no número de casos de malária desde 2000, seria viável imaginar a eliminação da malária. Ela acha que deveria haver um debate entre especialistas em malária sobre os prós e contras da erradicação versus controle.

83. Solicitou-se que a Secretaria forneça uma estimativa dos recursos financeiros necessários para atingir a meta de reduzir em 75% a malária na Região até 2015. Os Membros também como a Secretaria propunha, no âmbito do Plano estratégico para 2008-2013, abordar a questão da coordenação limitada entre a OPAS e o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, que era um dos desafios apresentados no documento CE140/10.

84. O Dr. Carter concordou plenamente em que a Região não deve descansar sobre seus louros mas deve continuar lutando para controlar a malária. Mesmo nos países em que a doença havia sido eliminada, era essencial manter boa vigilância para detectar casos importados e prevenir a reintrodução. Quando à questão da erradicação versus controle, a OPAS examinaria a possibilidade de organizar um debate de especialistas em malária. Em sua opinião, porém, a eliminação da transmissão era uma meta mais razoável para os países do que a erradicação. Concordou com a necessidade de mais pesquisa sobre malária. Assinalou que a OPAS estava considerando o estabelecimento de uma escola de malariologia no México ou a reabertura da escola que existia em Maracay, Venezuela, já que no momento não havia uma instituição na Região encarregada da pesquisa e treinamento em malária.

85. Quanto ao Fundo Global, em muitos casos os principais beneficiários do financiamento nos países da Região são ONGs, não os ministérios da saúde, o que às vezes resultou em enfraquecimento dos programas nacionais de controle da malária, particularmente nos casos em que os especialistas em malária do ministério da saúde, atraídos pelo financiamento do Fundo Global, deixaram seus cargos para trabalhar em organizações não governamentais. A Secretaria estava trabalhando para promover uma coordenação mais estreita entre os principais beneficiários do Fundo Global, os ministérios da saúde e a OPAS.

86. Quanto ao financiamento necessário para atingir a meta em 2015, a Secretaria forneceria uma estimativa assim que for possível.

87. A Diretora comentou que a edição da *National Geographic* de julho de 2007 continha um artigo excelente sobre malária, que ela recomendava aos Membros do

Comitê. O artigo conclui que a malária era um grande obstáculo ao desenvolvimento econômico e que a superação da pobreza dependia da eliminação da malária. Com outras doenças, a pobreza devia ser abordada primeiro para enfrentar a doença, mas simplesmente não era possível progredir na luta contra a pobreza enquanto persistir a malária.

88. O Comitê Executivo adotou a resolução CE140.R11, recomendado, entre outras coisas, que o dia 6 de novembro seja designado Dia da Malária nas Américas.

Plano de Ação Regional para Recursos Humanos de Saúde 2007-2015 (documento CE140/11)

89. O Dr. Charles Godue (Chefe de Unidade, Desenvolvimento de Recursos Humanos, OPAS), ao apresentar o Plano de Ação Regional, disse que nos últimos anos registrou-se crescente consenso sobre a urgência de enfrentar alguns dos principais desafios na área dos recursos humanos em saúde. O pressuposto do Plano de Ação Regional era bem simples: os recursos humanos em saúde fazem uma grande diferença em termos da saúde e qualidade de vida da população. Mas por trás dessa obviedade havia um conjunto muito complexo de relações entre recursos humanos e resultados de saúde. Há um número crescente de evidências acerca da interação, tanto qualitativa quanto quantitativa, entre os recursos humanos e o nível de cobertura das intervenções básicas de saúde pública.

90. A essência do Plano de Ação é que, para obter o máximo impacto sobre os resultados de saúde, a política de recursos humanos deve focalizar o desenvolvimento de sistemas de saúde integrados baseados na atenção primária à saúde, na promoção da saúde e no fortalecimento da capacidade de saúde pública. Com base nos cinco desafios cruciais identificados no “Chamado à Ação de Toronto: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas”, o Plano propõe os 20 objetivos indicados no documento CE140/11. O Plano ainda estava sendo elaborado, faltando trabalhar mais os objetivos, indicadores e a metodologia para monitorar os resultados.

91. O Comitê Executivo concordou que a questão dos recursos humanos em saúde era crucial e complexa. Seria infrutífero formular políticas para melhorar a saúde dos povos da Região, ou — em alguns países — declarar que a saúde era um direito constitucional, se não houvesse recursos humanos suficientes para concretizar essas políticas ou direitos. Destacou-se a necessidade de um enfoque multissetorial no planejamento e formulação de políticas, envolvendo as áreas de saúde, educação, trabalho e finanças.

92. Alguns delegados opinaram que os objetivos precisavam de uma definição melhor em termos de indicadores, referências e estratégias, para serem mais específicos e atingíveis. Outros achavam que os objetivos não passam de indicadores, dificultando uma definição clara dos resultados necessários para fortalecer os recursos humanos em saúde. Sugeriu-se também que havia objetivos demais.

93. Alguns Membros opinaram que o Plano precisava ser organizado num esquema claro baseado em resultados. Além disso, já que seus objetivos eram traçados somente de uma perspectiva da oferta, alguns objetivos deviam ser reformulados para refletir a demanda da população. Indicou-se que, embora o documento fixasse objetivos estratégicos, carecia de propostas de ações específicas para atingir esses objetivos. Deve-se formular um conjunto de quatro ou cinco estratégias comprovadas, que podem incluir o aumento da capacidade para uma gestão eficaz dos centros de saúde e para o exercício das funções de saúde pública; a garantia da confiabilidade dos mecanismos de pagamento dos salários; ou o alinhamento dos sistemas de educação para que os recursos humanos no setor da saúde obtenham as habilidades necessárias mediante treinamento antes ou durante o serviço. Além disso, os delegados opinaram que é preciso esclarecer quem executará o Plano — ministério da saúde, ONGs locais, setor privado ou uma combinação deles — e quem seria responsável pela medição dos indicadores. Faltava informação sobre os recursos financeiros necessários para atingir os objetivos.

94. Opinou-se também que talvez não fosse aconselhável que o Plano exortasse “todos os países da Região” ou “todas as sub-regiões” a atingir os objetivos. Seria preferível introduzir um conceito mais gradativo; do contrário, se um país não atingir o objetivo, o Plano pareceria ter falhado. Do mesmo modo, considerou-se necessário enquadrar os objetivos em termos da realidade de cada país; do contrário, os países não participariam de um plano regional, mas simplesmente manteriam seus planos nacionais. Assinalou-se, por exemplo, que os diversos objetivos sobre cooperação entre instituições de treinamento e serviços de saúde seriam problemáticos em muitos países porque as universidades eram autônomas e os ministérios da saúde não podiam determinar quantos profissionais, ou de que tipo, seriam treinados. Assinalou-se também que um tema ausente do Plano era a cooperação entre países no treinamento dos profissionais de saúde.

95. Os Membros opinaram que a questão da emigração de pessoal médico requeria uma análise profunda, pois podia haver muitos motivos diferentes. Igualmente, pode haver incentivos diferentes a serem introduzidos para induzir o pessoal médico a permanecer em seu país. Assinalou-se que, embora fosse aconselhável alguma medida com respeito à migração dos profissionais de saúde, os países não podiam regular a migração voluntária legal desses profissionais, que de qualquer maneira podem decidir migrar por uma série de razões que não têm a ver com a busca de emprego.

96. Um delegado do Caribe, indicando que essa sub-região há muito vinha lutando com a escassez de recursos humanos, enfatizou que, para se abordar com êxito a questão da emigração dos profissionais da saúde, era preciso ação conjunta dos países de origem e destino. Os ministros da saúde do Caribe elaboraram um programa com dois componentes: ampliação do treinamento para o pessoal médico, particularmente enfermeiros, nos países de destino; e assistência desses países aos países de origem para que possam treinar seu próprio pessoal médico. Apelou aos países de destino para atuarem como parceiros nesse programa.

97. Vários outros delegados também descreveram a situação de recursos humanos e as dificuldades em seus países, bem como as políticas e estratégias adotadas para enfrentá-las. O representante do Banco Interamericano de Desenvolvimento forneceu informações sobre o financiamento pelo Banco de vários projetos de treinamento de pessoal médico. Também abordou a questão do reconhecimento mútuo das qualificações médicas pelos países.

98. O Dr. Godue afirmou que a Secretaria estava bem consciente de que o documento precisava ser melhorado, e que o problema da escassez de recursos humanos não era simplesmente uma questão de quantidade, mas também de habilidades e localização. Concordou que, para treinar e reter a combinação adequada de pessoal médico na Região, seria preciso adotar estratégias multissetoriais e multi-institucionais. É verdade que — exceto em Cuba — as instituições de treinamento do pessoal de saúde não estavam sob a jurisdição do ministério da saúde, o que destacava a necessidade de criatividade para alinhar o treinamento do pessoal médico com os resultados desejados.

99. O espírito subjacente do Plano de Ação Regional era de cooperação. A intenção não era cada país se esforçar individualmente para alcançar os objetivos, mas todos os países assumirem responsabilidade pela consecução dos mesmos em toda a Região.

100. A Diretora afirmou que um tema não mencionado na discussão era a rede de cerca de 20 países com observatórios de recursos humanos. O crescimento da rede reflete o crescente interesse no tema dos recursos humanos em saúde, mas ao mesmo tempo os observatórios são um importante fórum de debate entre os vários atores em cada país. Embora cada grupo tenha sua autonomia e sua própria estrutura institucional, os observatórios são um instrumento de diálogo e busca de uma solução para todos.

101. O Comitê Executivo adotou a resolução CE140.R13 sobre o tema.

Preparativos para a Mesa-Redonda Internacional sobre Segurança Sanitária (documento CE140/12)

102. O Dr. Barbosa da Silva (Gerente de Área, Vigilância Sanitária e Gestão de Doenças, OPAS) lembrou que Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração havia sido informado de que o tema da mesa-redonda seria o mesmo do Dia Mundial da Saúde 2007: segurança sanitária. O Diretor-Geral da OMS selecionou o tema para chamar a atenção para o novo Regulamento Sanitário Internacional (IHR).

103. Após a entrada em vigor do IHR em 15 de junho de 2007, os Estados Membros teriam um período de cinco anos para cumprir os novos requisitos relativos a uma melhor capacidade de detecção precoce, comunicação transparente, reforço do intercâmbio de informações e melhor coordenação para resposta e redução de riscos. Tencionava-se que a mesa-redonda contribuísse ao processo de melhoria, já que os ministros da saúde compartilhariam as experiências de seus países e as lições aprendidas. O objetivo era

ajudar os países a identificar pontos fortes e fracos a serem abordados nos próximos cinco anos, bem como ajudar a OPAS a detectar áreas nas quais deverá concentrar a cooperação técnica com os países da Região.

104. O Comitê Executivo aplaudiu a escolha do tema. Os Delegados ressaltaram, porém, que era um tema bem amplo, e instaram a que a discussão se concentrasse em alguns assuntos bem específicos para evitar dissipação e debate inconclusivo. Alguns possíveis assuntos: resposta ao recente surto de malária na Jamaica; cooperação técnica sobre controle sanitário em portos e aeroportos na América Central; cooperação sub-regional entre países do Mercosul, por exemplo, durante o surto de dengue no Paraguai, Brasil e Argentina; processo de implementação do novo IHR nos Estados Unidos, que envolvia coordenação de vários órgãos do governo; ou as medidas tomadas para salvaguardar a saúde pública durante a Copa Mundial de Cricket 2007 no Caribe, segundo as quais os visitantes eram sujeitos ao controle sanitário apenas uma vez ao entrar na região do Caribe, em vez de em cada país.

105. O Dr. Barbosa da Silva agradeceu as contribuições dos participantes, tomando-se nota de todas.

106. A Diretora assinalou que o Diretor-Geral da OMS havia decidido que os aspectos adicionais do amplo tema da segurança sanitária seriam examinados em 2008. Lembrou que a RSPA havia examinado a agenda da Conferência Sanitária Pan-Americana tendo em vista a programação de certos temas para assegurar a máxima participação dos ministros da saúde. Esses temas incluíam não só a mesa-redonda, mas também os prêmios, o exame do Plano estratégico e as eleições. Por isso a mesa-redonda havia sido programada para terça-feira e as eleições para quarta-feira.

107. O Comitê Executivo tomou nota da informação fornecida.

Iniciativa Regional de Hospitais Seguros (documento CE140/13)

108. O Dr. Jean Luc Poncelet (Gerente de Área, Preparação para Emergências e Alívio após Desastres, OPAS) sublinhou várias questões abordadas no documento CE140/13. Primeiro, a Região era muito vulnerável a desastres naturais e o risco de desastres estava aumentando devido às mudanças ambientais e outros fatores. Contudo, havia também crescente conscientização do risco de desastres e maior conhecimento sobre preparação e prevenção de danos. Segundo, o impacto econômico dos danos ou destruição de hospitais num desastre era muito maior do que se pensava: incluía não só o custo de reparar ou reconstruir instalações, mas também o impacto social e econômico de não ter hospitais funcionando no período pós-desastre. Terceiro, para assegurar a funcionalidade dos hospitais após um desastre, a colaboração de outros setores além da saúde era indispensável porque os hospitais não podem funcionar sem água e saneamento, eletricidade, financiamento adequado e outros elementos. Portanto, a consecução da meta

adotada pela Conferência Mundial sobre Redução de Desastres (Kobe, Japão, 2005) de assegurar “hospitais à prova de desastres” até 2015 dependeria de ação intersetorial.

109. As principais estratégias para atingir essa meta e assegurar o êxito da campanha global de hospitais seguros 2008-2009 incluíam o estabelecimento de parcerias com atores fora do setor da saúde, compartilhamento de melhores práticas e documentação de ações para construir novas instalações de saúde ou modificar as existentes para reduzir sua vulnerabilidade a desastres.

110. O Comitê Executivo expressou apoio à Iniciativa Regional de Hospitais Seguros, embora achasse que o título do documento era um pouco enganoso, já que o foco parecia ser principalmente a preparação para desastres e não outras preocupações de segurança dos hospitais, como infecções hospitalares e gestão de hospitais. Os Membros concordaram plenamente com a necessidade de coordenação intersetorial — antes, durante e depois dos desastres — para assegurar o funcionamento dos hospitais. Assinalou-se que, além das medidas mencionadas no documento, os hospitais precisavam manter uma reserva de artigos como medicamentos, equipamento médico e não médico e bens de consumo para continuar funcionando efetivamente após um desastre. Destacou-se também a necessidade de mecanismos de apoio para incentivar os profissionais da saúde a continuar trabalhando após um desastre. Sugeriu-se que a implementação das medidas de redução da vulnerabilidade deve ser uma condição para o credenciamento de um hospital. Indicando que as populações de áreas remotas em geral não têm acesso a hospitais, um delegado enfatizou a necessidade de assegurar a funcionalidade de outras instalações de saúde, que provavelmente seriam a única fonte de assistência médica para essas populações após um desastre.

111. Vários delegados descreveram programas e iniciativas de hospitais seguros em seus países ou sub-regiões. O Delegado dos Estados Unidos da América informou que seu Governo estava desenvolvendo uma série de práticas e iniciativas baseadas nas lições aprendidas com a resposta ao furacão Katrina — que demoliu não só vários hospitais mas todo o sistema de saúde — e que teria prazer em compartilhá-las com a OPAS e outros Estados Membros.

112. O Dr. Poncelet afirmou que os comentários do Comitê ilustram a complexidade de um assunto que se considerava relativamente simples. Agradeceu aos Membros suas sugestões e ofertas de compartilhamento das experiências. Quanto ao título do documento, é verdade que o conceito de segurança hospitalar abrangia muito mais de preparação para desastres, embora isso também incluísse medidas para prevenir infecções hospitalares. De qualquer maneira, a Secretaria modificaria o título para refletir o foco em assegurar que os hospitais estejam adequadamente preparados para resistir a um desastre.

113. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE140.R15 sobre o tema.

Estratégia e Plano de Ação Regional para a Prevenção e Controle de Câncer do Colo do Útero (documento CE140/14)

114. O Dr. James Hospedales (Chefe de Unidade, Doenças não transmissíveis, OPAS) resumiu os principais aspectos da estratégia e plano de ação regional para prevenção e controle de câncer do colo do útero proposta no documento CE140/14. Apresentou alguns dados sobre a incidência de câncer do colo do útero e mortalidade na América Latina e Caribe, enfatizando que quase todo o sofrimento associado com a doença é evitável porque a maioria dos casos pode ser prevenida. Contudo, a prevenção exigia bons métodos de exame, e o exame citopatológico, que teve tanto êxito em reduzir a incidência de câncer de colo do útero na América do Norte, foi menos eficaz nos países da América Latina e Caribe por uma série de motivos que têm a ver com o desempenho do exame, conhecimento por parte das mulheres da disponibilidade do exame e necessidade de visitas de acompanhamento se forem encontradas lesões pré-cancerosas. Por esse motivo, a OPAS estava defendendo o enfoque de exame e tratamento, usando inspeção visual seguida de crioterapia para tratar as lesões pré-cancerosas. Estudos mostraram que a inspeção visual era uma estratégia muito eficaz em função do custo para identificar o pré-câncer; custa menos que o exame citopatológico; pode ser integrada aos serviços rotineiros de atenção primária à saúde; e reduz a perda de acompanhamento ao combinar exame e tratamento numa só visita. A OPAS também recomenda o uso da nova vacina contra o papilomavírus humano (HPV), que era segura, de boa tolerância e eficaz em função do custo, além de provocar uma forte resposta imunológica contra várias cepas de HPV, uma causa importante de câncer do colo do útero.

115. Mediante a implementação dessas medidas e outros componentes da estratégia e plano de ação regional, a OPAS visava a reduzir a incidência de câncer do colo do útero em 20% e a respectiva mortalidade em 30% até 2015. A consecução dessa meta salvaria a vida de cerca de 50.000 mulheres nos próximos oito anos. A OPAS trabalharia com os Estados Membros para assegurar o fortalecimento dos programas de triagem de câncer do colo do útero, exame de todas as mulheres pelo menos uma vez na vida e a proteção das jovens mediante a aplicação da vacina contra HPV antes de se tornarem sexualmente ativas.

116. O Comitê Executivo elogiou a atenção da OPAS ao sério problema do câncer do colo do útero, que afetava não só as mulheres mas também as famílias e implicava um alto custo social. Contudo, alguns Membros questionaram se as metas fixadas para a estratégia regional eram muito ambiciosas, dado o custo de implementação de alguns componentes da estratégia e plano de ação. Solicitou-se que a Secretaria fornecesse mais informações sobre a implementação da estratégia. O Comitê em geral apoiava a introdução da vacina contra HPV, embora os Membros tenham manifestado várias preocupações.

117. O custo da vacina era visto como um grande obstáculo ao seu uso generalizado.

Vários delegados enfatizaram que seus países não queriam introduzir uma vacina que não era acessível à maioria da população e recomendaram que a OPAS explorasse possibilidades de ajudar os países a negociar preços mais favoráveis através do Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. Assinalou-se que a introdução da vacina teria de ser acompanhada de esforços vigorosos de comunicação e educação em saúde para que as pessoas tivessem consciência de que a vacina não as protege de todas as cepas do vírus, nem era eficaz contra as outras possíveis causas de câncer do colo do útero. Além disso, deve-se enfatizar que, mesmo se a vacina for introduzida, as mulheres devem continuar se submetendo a exames para detectar câncer e lesões pré-cancerosas devidas a sorotipos de HPV não incluídos na vacina e a outras causas.

118. Incentivou-se a OPAS a ajudar os países a recolher as evidências necessárias para tomar decisões bem informadas sobre a conveniência de introduzir a vacina, incluindo pesquisa para identificar os sorotipos mais prevalentes em seus territórios. Vários delegados mencionaram que a pesquisa já estava sendo feita em seus países. Assinalando que o Plano de Ação recomendava pesquisa adicional sobre a vacina, um Membro indagou se havia alguma dúvida quanto à sua eficácia. O mesmo Membro questionou se o uso de kits de teste de DNA para o papilomavírus humano era viável em condições de poucos recursos.

119. Expressaram-se preocupações em relação à metodologia de exame e tratamento, que, segundo alguns delegados, não seria necessariamente recomendada em países nos quais o exame citopatológico estava dando bons resultados. Além disso, assinalou-se que a inspeção visual podia levar a tratamento desnecessário devido à especificidade relativamente baixa do exame. Enfatizou-se que a decisão de adotar o exame visual devia se basear na realidade local. Destacou-se também a necessidade de sistemas adequados de computação e informação para assegurar o acompanhamento dos pacientes.

120. O Dr. Hospedales afirmou que os comentários do Comitê refletiam as discussões realizadas na Secretaria sobre a viabilidade do enfoque recomendado na estratégia e plano de ação regional. A Secretaria considerava que a estratégia seria bem-sucedida por vários motivos. Primeiro, embora a vacina HPV ainda fosse muito cara e não fosse 100% eficaz, estudos indicam que pode reduzir muito as taxas de câncer do colo do útero. Embora fosse necessária mais pesquisa para confirmar os sorotipos presentes em cada país, as evidências sobre os sorotipos que circulam em diversas partes da Região eram suficientes para seguir adiante.

121. Segundo, havia evidências sólidas de que, se as mulheres de uma população fossem examinadas pelo menos uma vez na vida, a mortalidade por câncer do colo do útero seria reduzida em 30%. Em alguns países da Região, até metade das mulheres nunca haviam sido examinadas e até 40% não sabiam da disponibilidade do exame. Contudo, essa situação podia mudar. Os meios de comunicação podiam ser usados para despertar conscientização a um custo relativamente baixo. Terceiro, havia um método

simples, eficaz e de baixo custo. O exame visual com ácido acético, seguido de crioterapia se forem detectadas lesões pré-cancerosas, podia ser feito numa única visita por um profissional treinado, que não tinha necessariamente que ser um médico. No Peru, por exemplo, o método estava sendo empregado com êxito por enfermeiras da saúde pública. Assim, a OPAS acredita que há motivo para ser otimista de que as metas propostas na estratégia regional podem ser atingidas, embora reconheça que a vacina não era a única resposta e que a aplicação do exame deveria ser decidida com base na realidade local.

122. Quando à implementação da estratégia, a Secretaria examinou a situação nos países com a maior incidência da doença (Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua) e traçou um plano concreto, baseado no tamanho da população alvo e custo previsto. Estimou-se que com um investimento de cerca de \$ 9,7 milhões em sete anos a meta de redução da mortalidade poderia ser atingida nesses países na data fixada.

123. A Dra. Merle Josephine Lewis (Especialista em Saúde Pública, Saúde da Família e Comunidade, OPAS) sublinhou que a OPAS não estava recomendando a substituição do exame citopatológico pela inspeção visual nos países em que o exame se mostrou eficaz. O enfoque proposto reconhece que o exame citopatológico requer muitos recursos e investimento para manter alta qualidade e, portanto, oferecia uma alternativa eficaz em função do custo para situações em que o exame citopatológico não era viável ou havia se mostrado ineficaz: inspeção e tratamento numa só visita usando inspeção visual e crioterapia numa instalação de serviços primários. A inspeção visual era recomendada com base nas evidências colhidas pela OPAS e seus parceiros na Aliança para Prevenção do Câncer do Colo do Útero nos últimos sete anos, demonstrando que podia provocar uma redução de 30% na mortalidade num período de sete anos.

124. Respondendo ao comentário sobre o teste de DNA para HPV, afirmou que, embora não fosse possível obter resultados numa única visita com o teste disponível atualmente, um novo teste que está sendo testado podia ser feito numa só visita e parecia ser muito mais sensível e específico do que o exame citopatológico. A OPAS, portanto, incluiu o teste de HPV como uma das novas tecnologias que estariam disponíveis no futuro e podia ser usado numa única visita.

125. A Srta. Silvana Luciani (Gerente de Projeto, Vigilância Sanitária & Gestão de Doenças, OPAS) reconheceu que a introdução da vacina HPV apresenta vários desafios, incluindo custo e informação pública, como o Comitê havia observado. A OPAS estava trabalhando com a OMS, Aliança GAVI, comunidade doadora e fornecedores de vacinas para assegurar que a vacina esteja disponível a preços razoáveis para as mulheres que mais necessitam. Espera-se que a vacina HPV seja pré-qualificada pela OMS no fim de 2008, de modo que poderia ser adquirida pelo Fundo Rotativo da OPAS no início de 2009.

126. A OPAS certamente colaboraria com os países para que tomassem decisões bem informadas sobre a introdução da vacina. Nesse sentido, assinalou que não havia necessidade de todos os países realizarem pesquisas para determinar as cepas do vírus que estão circulando; basta realizar estudos em um ou dois países em cada sub-região. Quando à necessidade de mais pesquisa sobre a eficácia da vacina, afirmou que eram necessários estudos, por exemplo, para verificar se a vacina seria eficaz em homens ou portadores do HIV e determinar a duração da imunidade e a necessidade de um reforço.

127. Tendo em vista as preocupações manifestadas em relação à estratégia e plano de ação regional, o Comitê Executivo não chegou a um acordo acerca de uma resolução sobre esse tema e decidiu reconsiderar o assunto em 2008. Os Delegados do Canadá e Trinidad e Tobago expressaram consternação com o fato de o Comitê não ter chegado a uma resolução sobre uma questão de saúde pública tão importante para as mulheres da Região.

128. A Diretora enfatizou que, embora o Comitê tenha adiado uma ação sobre tema para 2008, a Organização continuaria proporcionando cooperação técnica para ajudar os Estados Membros a lidar com câncer do colo do útero.

Estratégia para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde nos Países das Américas (documento CE140/15)

129. O Dr. Barbosa (Gerente de Área, Vigilância Sanitária & Gestão de Doenças, OPAS) lembrou que em 2003 o Comitê Assessor Regional sobre Estatísticas de Saúde (CRAES) havia recomendado a elaboração de um mecanismo regional sustentável para apoiar o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas. Em 2004, um conjunto de diretrizes para avaliação das estatísticas vitais e de saúde foi produzido e utilizado para realizar um estudo dos sistemas estatísticos de 26 países da Região. O estudo constatou que, embora alguns países tivessem sistemas excelentes em termos de cobertura e qualidade, alguns tinham grandes deficiências em seus sistemas, às vezes registrando somente um em cada dois nascimentos e mortes.

130. A proposta de estratégia e plano de ação regional para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde visava a sanar essas deficiências. As dimensões, componentes e objetivos da estratégia encontram-se no documento CE140/15. As linhas de ação específicas para 2007-2008 incluem a criação de equipes interinstitucionais em cada país para melhorar a coordenação entre os escritórios nacionais de estatística e os departamentos de estatística dos ministérios da saúde, preparação ou expansão das avaliações de situação e elaboração de planos para fortalecimento dos sistemas estatísticos nacionais, formulação de metodologias para análise e divulgação de dados e treinamento e melhoria das habilidades do pessoal em técnicas, normas e procedimentos para coleta e processamento de dados. Estava confiante em que a estratégia levaria rapidamente a uma melhoria evidente na qualidade dos dados produzidos na Região e no

uso desses dados.

131. O Comitê Executivo expressou apoio sólido aos esforços da OPAS no sentido de melhorar a qualidade das estatísticas vitais e de saúde e sublinhou a importância de dados oportunos e confiáveis para apoiar decisões bem informadas, bem como a formulação e monitoramento de políticas. Os Membros destacaram a necessidade de harmonização dos conceitos, definições, normas e técnicas para a produção de estatísticas de saúde e para o treinamento do pessoal que coleta e manuseia os dados sobre saúde. Enfatizou-se a necessidade de programas de treinamento para estatísticas de saúde em espanhol, e sugeriu-se que a cooperação horizontal entre países poderia ser uma boa maneira de atendê-la. Vários delegados afirmaram a disposição de seus países de compartilhar suas experiências com outros países. Alguns Membros também aplaudiram a incorporação dos princípios da Health Metrics Network ao trabalho da OPAS nessa área. Uma delegada, porém, expressou a opinião de que o foco da estratégia regional devia ser ampliado para abranger os sistemas de informação de saúde em geral, dos quais as estatísticas vitais e de saúde eram um componente, de modo a incluir informação sobre gestão dos centros de saúde, fluxo de informações e outras áreas que talvez precisassem ser melhoradas.

132. O Dr. Barbosa da Silva explicou que a OPAS estava focalizando as estatísticas vitais porque em alguns países da Região havia grandes lacunas na informação produzida pelos sistemas de estatística, e a informação exata sobre nascimentos e mortes era crucial para os sistemas de informação da saúde. Ao mesmo tempo, ao se concentrar nas estatísticas vitais e de saúde, a OPAS estava promovendo uma melhor coordenação entre o setor da saúde e outros setores do governo que produzem e utilizam essa informação.

133. A Diretora assinalou que, devido às lacunas nas estatísticas vitais da Região, o setor da saúde tinha sido obrigado a trabalhar com estimativas para gerar dados sobre saúde, mesmo em áreas fundamentais como a cobertura de vacinação. Em sua opinião, era tempo de remediar essa situação criando parcerias entre o setor da saúde e os setores responsáveis pelas estatísticas vitais. Para tanto, a OPAS estava colaborando com a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), o Centro Demográfico da América Latina (CELADE), o BID, a OEA e outras entidades.

134. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE140.R16, endossando a estratégia de fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países da Região.

Rostos, Vozes e Lugares: Resposta da Comunidade aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (documento CE140/16)

135. A Dra. Sofia Leticia Morales (Assessora Sênior para os Objetivos do Milênio e as Metas da Saúde, OPAS), ao apresentar o documento CE140/16, disse que a Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares era uma resposta institucional que refletia a posição da OPAS com relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A iniciativa visava responder

às necessidades das comunidades mais pobres e vulneráveis, voltando à essência da saúde pública: pessoas e lugares, e também à participação da comunidade - isto é, vozes - cuja importância foi assinalada repetidamente pelo Comitê Executivo. Além disso, a iniciativa buscou mudar o foco dos esforços para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio dos países mais pobres para as pessoas que vivem em condições de pobreza, incluindo as de países de renda média, já que mais de 90 por cento das pessoas pobres da Região vivem atualmente em países de renda média. Estudos de probabilidades utilizando o coeficiente de Gini indicaram que, se o foco dos esforços não fosse mudado para beneficiar essas comunidades, em 2015 as Américas continuariam sendo a região mais injusta do mundo, mesmo se os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio fossem alcançados pela Região como um todo.

136. A Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares reflete os valores de equidade e pan-americanismo da OPAS, reafirma a importância da atenção primária e busca promover ações intersetoriais e interinstitucionais. A iniciativa não buscou reinventar a roda, mas sim fazê-la girar mais rápido, baseando-se nos programas e esforços já em andamento na OPAS e em outras agências com o fim de melhorar a saúde e o desenvolvimento nas comunidades menos visíveis e mais marginalizadas da Região. Para isso, era essencial trabalhar no nível local, respondendo à natureza multidimensional da pobreza e aos determinantes sociais da saúde. O UNICEF, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a Agência de Cooperação Internacional da Espanha e outros parceiros já concordaram em trabalhar com a OPAS na iniciativa, e apenas nove meses após o lançamento da iniciativa, o trabalho já estava em andamento com pessoal em 25 comunidades de 15 países da Região. O documento CE140/16 oferece detalhes dessas experiências locais. A OPAS continuaria a promover trabalho similar no nível local, o que era crucial para assegurar o sucesso da iniciativa e a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para todos na Região.

137. Na discussão seguinte, os Membros expressaram um firme apoio aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e aos esforços da OPAS em ajudar os países a alcançá-los. Contudo, embora os Membros tenham endossado vários aspectos da Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares – incluindo sua ênfase na atenção primária à saúde, na ação intersetorial e nos determinantes sociais de saúde e seu foco no trabalho local – também levantaram uma série de questões sobre a Iniciativa e sobre o documento CE140/16. Vários Membros acharam que o documento carecia de substância e detalhes específicos, como informação sobre os mecanismos para implementar a Iniciativa. Um Membro comentou que o documento apresentava somente os traços amplos das iniciativas comunitárias que se tornariam projetos de demonstração. Ela recomendou que cada iniciativa utilize o indicador de necessidades básicas não atendidas (UBN) mencionado no documento como referência para os projetos de demonstração e que cada projeto de demonstração deve ser completamente documentado e os resultados amplamente publicados, incluindo tanto os resultados quantitativos como as mudanças qualitativas detectadas no processo. De outra

forma, ela temia que a Iniciativa pudesse ser simplesmente uma pequena série de projetos desconexos e fragmentados carecendo de uma base ampla e coerente para a mudança concreta. Outro Membro indicou que, embora o documento afirmasse (no parágrafo 9) que a Iniciativa, de forma louvável, ajudaria os países a cobrir as lacunas de equidade, não foi dito como isso seria realizado ou como as pessoas que vivem em condições de pobreza e de pobreza extrema poderiam ser participantes ativos nos processos que garantiriam sua saúde.

138. Os Membros também opinaram que eram necessárias maiores explicações sobre o indicador UBN, particularmente os dados exigidos para utilizar o indicador numa série de diferentes países e sub-regiões. Um Membro indagou se os dados seriam comparáveis, devido às diferenças nos sistemas de coleta de dados da Região. O mesmo Membro questionou a ênfase da Iniciativa na defesa de causas, enfatizando que deve haver uma forte base científica e de evidências para as atividades da OPAS. Na sua opinião, a expressão “defesa de causas” não indicava ação científica com base em evidências. Considerou-se também que era necessária mais informação sobre a cesta de metodologias, estratégias e intervenções baseadas em evidências que a Secretaria propôs disponibilizar a cada país.

139. Vários delegados comentaram que a Iniciativa não parece oferecer nada de novo ou diferente do que a OPAS já estava fazendo. Sua similaridade com a Iniciativa das Comunidades e Municipalidades Saudáveis, por exemplo, foi assinalada. Solicitou-se que a Secretaria esclareça como as atividades e metodologias disponibilizadas através da Iniciativa diferiam das atividades existentes. Solicitou-se também informação sobre as implicações financeiras e de recursos humanos da Iniciativa.

140. Os Membros enfatizaram que o ano de 2015 não deve ser visto como um ponto de parada. Os esforços para reduzir a pobreza e melhorar a saúde e o bem-estar devem continuar no futuro. Os Membros também sublinharam a importância de envolver crianças – que são o futuro de suas nações – em esforços de promoção da saúde e de desenvolvimento comunitário. Da mesma forma, sugeriu-se que deve haver um foco maior nas escolas dentro da Iniciativa.

141. O Delegado de Cuba observou que o documento se referia a uma municipalidade de seu país que foi escolhida por causa de sua “vulnerabilidade socioeconômica”, o que ele considerou um critério de seleção fraco, já que, na verdade, toda a América Latina sofria de vulnerabilidade socioeconômica. A municipalidade em questão, Cotorro, oferecia algumas lições importantes de abordagem ao desenvolvimento local – uma boa razão para incluí-la na Iniciativa, mas não sua vulnerabilidade socioeconômica. Ele também apontou que a maioria dos esforços de desenvolvimento até agora se concentrou nos efeitos da pobreza e não nas causas. A fim de realmente resolver a vulnerabilidade socioeconômica dos povos da América Latina, era essencial atacar as causas da pobreza e

da distribuição injusta da riqueza na Região.

142. O Delegado da Argentina, observando a conexão entre atenção primária à saúde e a Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares, lembrou ao Comitê que seu Governo realizaria uma conferência internacional sobre atenção primária à saúde de 13 a 17 de agosto de 2007 em Buenos Aires. A conferência “Buenos Aires 30-15: De Alma-Ata à Declaração do Milênio” foi programada para coincidir com o 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata e com o ponto intermediário entre a adoção da Declaração do Milênio e 2015, a data marcada para a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Informações adicionais estavam disponíveis no site www.buenosaires30-15.gov.ar.

143. A Dra. Morales agradeceu aos Membros do Comitê por seus comentários e críticas construtivas, que ajudariam a Secretaria a refinar o documento e fortalecer a Iniciativa. Ela reiterou que a Iniciativa foi uma resposta institucional que não buscava reinventar a roda. A Iniciativa se baseava em atividades e iniciativas já em andamento, tanto na OPAS como nos Estados Membros, aproveitando a experiência e as metodologias e melhores práticas de toda uma gama de programas da OPAS. A Iniciativa também utilizava o melhor que outras agências tinham a oferecer na forma de métodos e abordagens para trabalhar no nível local. Esse era o conteúdo da cesta de metodologias, estratégias e boas práticas às quais o documento faz alusão.

144. A Diretora, ao fornecer um contexto geral para a Iniciativa, lembrou que nos anos seguintes à adoção da Declaração do Milênio, foram tomadas poucas medidas nas Américas com relação à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio porque os mesmos eram vistos como algo que se aplicava somente aos países pobres, e a maioria dos países das Américas não entrava nessa categoria. Não obstante, conforme é de conhecimento geral, as Américas constituem a região mais injusta do mundo em termos de distribuição da riqueza, e havia uma grande proporção de pobreza, mesmo nos países mais ricos da Região. Por isso, a OPAS estava trabalhando para mudar o foco dos países pobres para as pessoas pobres, a vasta maioria das quais vive em países de renda média ou alta nas Américas, não em países pobres.

145. Pela primeira vez, a Região parece estar realmente tomando a frente na luta contra a pobreza. Passou por quatro anos consecutivos de crescimento econômico e quatro anos de diminuição das taxas de pobreza. Além disso, os países da Região lançaram toda uma série de políticas sociais e iniciativas com o objetivo de reduzir a pobreza, melhorar a saúde e a educação e promover o desenvolvimento, visando às famílias e comunidades mais pobres. A OPAS buscava aproveitar esse impulso a fim de tornar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio uma realidade para todos na Região.

146. Com relação ao indicador UBN, o mesmo não estava sendo elaborado a partir de dados *ad hoc*, mas de dados existentes que já haviam sido coletados. Os Levantamentos Demográficos e de Saúde realizados em quase todos os países da Região foram uma das

fontes. Quanto à cesta de metodologias, estratégias e boas práticas, a idéia era disponibilizar às comunidades pobres e excluídas todos os recursos existentes nos níveis nacional e internacional para atacar problemas como a desnutrição, malária e HIV/AIDS. A Iniciativa Rostos, Vozes e Lugares facilitaria também, através da tecnologia da informação, a troca de experiências entre comunidades para que possam aprender umas com as outras.

147. Em relação aos recursos financeiros e humanos, a OPAS não alocou nenhum recurso específico para a Iniciativa além dos recursos para o cargo da Dra. Morales. Contudo, foram mobilizados recursos de fontes nacionais e internacionais, como o Fundo da Espanha-PNUD estabelecido pelo Governo Espanhol expressamente para apoiar projetos de consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

148. O Comitê Executivo agradeceu à Secretaria pela informação fornecida.

Prevenção e Controle da Dengue nas Américas: enfoque integrado e lições aprendidas (documento CE140/17)

149. O Dr. José Luis San Martín (Assessor Regional sobre Dengue, OPAS) apresentou o histórico da estratégia da gestão integrada da dengue, que foi discutida duas vezes desde 2001 pelos Órgãos Diretores da OPAS, observando que uma abordagem integrada também foi defendida por outros órgãos regionais e sub-regionais. Ele descreveu a tendência da dengue durante os últimos 30 anos, assinalando que praticamente todos os países da Região hoje estão notificando casos de dengue. A doença mostra uma constante tendência crescente, com picos epidêmicos de cada três a cinco anos, sendo que cada pico excede o anterior. A estratégia que estava sendo aplicada pelos Estados Membros visava a interromper essa tendência. De forma perturbadora, contudo, a febre da dengue hemorrágica continuou a mostrar uma forte tendência crescente desde a implementação da estratégia, embora as mortes por dengue tenham diminuído, e a prevenção de mortes fosse o objetivo primeiro da estratégia. Havia uma alta probabilidade de um aumento agudo nos casos de dengue em 2007 — com talvez mais de um milhão de casos — como resultado do fenômeno do El Niño/Oscilação Meridional e de vários outros fatores climáticos, ambientais e socioeconômicos. Era, portanto, essencial continuar promovendo a implementação da estratégia de gestão integrada no nível nacional, incluindo a provisão do financiamento necessário.

150. O Comitê Executivo expressou apoio sólido à estratégia integrada da OPAS para prevenção e controle da dengue e encorajou a Organização a apoiar sua implementação em todos os países da Região, assinalando que a estratégia também era eficaz contra outras doenças. Os Membros observaram que, com base na informação do documento, a abordagem integrada claramente funcionava, mas deve ser aplicada durante um período sustentado de tempo a fim de render resultados. Com relação a isso, um delegado, reconhecendo a natureza cíclica da epidemia de dengue, a complexidade da

epidemiologia da dengue e a dificuldade de medir a eficácia dos programas de prevenção, recomendou cuidado ao se declarar êxito com base em reduções quantitativas, para assim evitar a criação de um sentimento prematuro ou falso de que a doença foi superada.

151. O Comitê ressaltou que a participação da comunidade, a comunicação e a educação eram essenciais para apoiar uma abordagem integrada, especialmente na área de controle e manejo do vetor, e apontou que a educação sobre controle do vetor e o envolvimento nessa tarefa deve começar na infância através da incorporação de conteúdos específicos no currículo escolar. O Comitê enfatizou também a necessidade de uma abordagem multissetorial à dengue, já que vários aspectos da prevenção e controle da dengue estavam fora do alcance direto do setor da saúde. A necessidade de financiamento sustentado para atividades de prevenção e controle também foi sublinhada.

152. Os delegados enfatizaram que, mesmo onde a dengue não constitui um problema sério, era importante que os países aplicassem a estratégia e permanecessem vigilantes a fim de evitar surtos ou interrompê-los prontamente caso ocorressem. A importância das atividades de prevenção e controle em áreas fronteiriças foi ressaltada, e indicou-se que a experiência adquirida através do esforço de reduzir a disseminação da dengue poderia ser útil na implementação do Regulamento Internacional de Saúde.

153. Vários delegados chamaram atenção para a importância de se abordar a questão da mudança climática, observando a ligação entre a mesma e o aumento da dengue e de outras doenças transmitidas por vetores. Os delegados assinalaram também a necessidade de mais pesquisa sobre uma vacina contra a dengue e sobre métodos de teste e diagnóstico da dengue.

154. O Dr. San Martín concordou sobre a necessidade do financiamento sustentado para a implementação da estratégia de gestão integrada, observando a necessidade de pesquisa para determinar a verdadeira magnitude dos custos associados com a dengue. Ele também concordou que uma abordagem multissetorial era essencial. Segundo ele, o recente surto no Paraguai foi instrutivo. O Governo declarou uma emergência de saúde pública, gerando assim uma resposta multissetorial combinada e também facilitando a mobilização de apoio financeiro e técnico. Como resultado, não houve mais de 20 mortes em um país onde o número de suscetíveis e a magnitude do surto poderiam fazer com que o número de mortos chegasse às centenas.

155. A Diretora disse que era interessante observar que um dos itens da agenda da Conferência de Prefeitos dos Estados Unidos, realizada imediatamente antes da 140ª Sessão do Comitê, foi a questão das garrafas plásticas, que, além de contribuir para os problemas ambientais, eram um importante local de criação de mosquitos.

156. O Comitê aprovou a Resolução CE140.R17 sobre esse tema.

Política e Estratégia Regional para Garantia da Qualidade da Atenção de Saúde, Inclusive a Segurança do Paciente (documento CE140/18)

157. O Dr. Hernán Montenegro (Chefe da Unidade, Organização dos Serviços de Saúde, OPAS), ao apresentar o documento CE140/18, enfatizou a importância que a OPAS atribuía à qualidade da atenção e à segurança do paciente, que eram preocupações importantes para todos os países da Região. Ele ressaltou as cinco linhas estratégicas de ação apresentadas no documento e sua justificativa, observando a ligação entre esse tema, o tema das estatísticas vitais e de saúde e o tema dos recursos humanos para saúde.

158. A Organização no momento não estava em condições de propor uma estratégia regional para fortalecer a qualidade da atenção. Vários passos preliminares tinham que ser concluídos antes que isso acontecesse, sendo um dos primeiros estabelecer, através de uma discussão ampla envolvendo todos os Estados Membros e uma variedade de partes interessadas, uma definição de “qualidade”. Era necessário também gerar evidências sobre qualidade como uma base para desenvolver soluções, reconhecendo que uma só solução não poderia ser aplicada a todos os países, mas que havia um “menu” de abordagens que poderia melhorar muito a qualidade da atenção. Na formulação da estratégia regional, a OPAS daria prioridade às populações vulneráveis, especialmente as visadas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A OPAS também adotaria uma abordagem sistêmica, trabalhando em todos os programas e colaborando com todos os níveis da Organização, e se basearia nos processos já em andamento nos países. Propôs-se criar um observatório regional sobre qualidade da atenção para apoiar a definição de conceitos básicos, a geração e troca de informações e evidências, a disseminação de soluções e outras atividades previstas nas linhas estratégicas de ação. O observatório também seria um fórum para discussão e formulação da estratégia regional. Solicitou-se que o Comitê Executivo endosse a criação do observatório regional, levando à formulação de uma estratégia regional para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da atenção.

159. O Comitê Executivo recebeu de forma entusiástica a proposta de criação de um observatório regional para melhorar a qualidade da atenção e expressou apoio às linhas de ação descritas no documento. O Comitê aplaudiu também a vinculação do trabalho da OPAS nessa área com o da OMS, em particular a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e o Desafio Global para Segurança do Paciente. Os Membros apresentaram uma série de observações que devem ser consideradas quando se pensar no quadro conceitual para a estratégia.

160. Um delegado enfatizou que as iniciativas para melhorar a qualidade da atenção devem ser vistas como parte de esforços mais amplos para melhorar a qualidade de vida dos povos da Região. Outro delegado ressaltou que a satisfação do paciente deve ser uma preocupação primária, pois o atendimento médico, mesmo que considerado inteiramente bem-sucedido do ponto de vista técnico, não poderia ser considerado uma atenção de

qualidade se o paciente não ficasse feliz com o tratamento recebido. Ao mesmo tempo, apontou-se que os pacientes tinham expectativas cada vez mais altas – e certamente algumas vezes expectativas irracionais acerca da onipotência dos médicos e sua capacidade de impedir a morte — e que era importante não esquecer do fato de que a atenção médica é fornecida por seres humanos e que estes são falíveis. Além disso, todos os procedimentos médicos implicam algum risco.

161. Vários delegados fizeram alusão ao ambiente cada vez mais litigioso na profissão médica, que levou à prática da “medicina defensiva”; como resultado, os profissionais de saúde às vezes viam com suspeita os esquemas de garantia da qualidade. Portanto, era necessário convencê-los de que a melhoria da qualidade da atenção era do interesse de todos e assegurar sua participação voluntária em qualquer programa de melhora da qualidade. A esse respeito, ressaltou-se a necessidade de incorporar a garantia de qualidade no treinamento de profissionais da medicina. Indicou-se que a garantia de qualidade não poderia ser responsabilidade de um só departamento dentro de um serviço de atenção à saúde; tinha que envolver toda a instituição, desde o pessoal da limpeza até o pessoal médico diretamente responsável pela atenção ao paciente. De forma similar, os esforços de garantia de qualidade tinham que englobar sistemas de saúde inteiros – não podiam se limitar a serviços individuais de atenção à saúde – a fim de assegurar tanto a continuidade como a qualidade da atenção. Entidades não-governamentais também tinham que estar envolvidas, já que eram responsáveis pelo credenciamento de serviços de saúde e pela certificação dos profissionais de saúde.

162. Os Membros sublinharam a importância de diretrizes baseadas em evidências e protocolos clínicos para assegurar consistência e qualidade da atenção. Assinalou-se que a utilização de modernas tecnologias da informação em saúde poderia reduzir erros médicos e melhorar os resultados de saúde. Contudo, reconheceu-se também que, para introduzir essa tecnologia e melhorar os sistemas de coleta de informação e de notificação de eventos adversos, seriam necessários recursos significativos. Parcerias como a Aliança Mundial para Segurança do Paciente e colaborações entre países foram vistas como formas de criar sinergias e mobilizar os recursos necessários.

163. O Comitê identificou uma série de áreas para a cooperação técnica da OPAS, incluindo o trabalho com os países para adaptar normas, padrões e diretrizes globais para a definição, medição e notificação de eventos adversos; apoio aos países no desenvolvimento de sistemas de notificação, adoção de ações preventivas e implementação de medidas para reduzir riscos; ajuda aos países para encontrar a melhor abordagem ao controle da qualidade, com base em suas circunstâncias próprias. O Comitê considerava que o observatório proposto sobre qualidade da atenção seria uma boa ferramenta para fornecer informação, diretrizes e melhores práticas para que os países possam tomar as melhores decisões possíveis com relação à garantia de qualidade.

164. O Dr. Montenegro disse que os comentários do Comitê ilustravam que a garantia

de qualidade era uma área ampla, sendo necessária uma abordagem flexível que respeitasse a diversidade dos países. Concordando que o observatório seria uma boa ferramenta para compartilhar experiências dos países da Região, observou que a OPAS estava realizando atualmente um estudo de vários países e centros que também contribuiria para a discussão.

165. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE140.R18 sobre o tema.

Assuntos administrativos e financeiros

Normas Internacionais Contábeis do Setor Público (documento CE140/19)

166. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia escutado uma apresentação sobre Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) por Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão Financeira e Relatórios), que descreveu os principais aspectos das IPSAS, destacando os benefícios e desafios de sua implementação. Ela chamou a atenção particularmente para as implicações em termos de custo do financiamento dos benefícios de seguro de saúde pós-serviço no âmbito das IPSAS, bem como os outros custos envolvidos em sua implementação. Os custos totais, excluindo o custo do financiamento do seguro de saúde pós-serviço, foram estimados em cerca de \$ 500.000. Apesar dos custos, a Secretaria havia recomendado que a OPAS, como o resto do sistema das nações Unidas, adotasse as IPSAS, pois isso habilitaria a Organização a implementar melhores práticas reconhecidas de contabilidade e relatórios financeiros do setor público, especialmente porque o novo sistema permitiria que a OPAS praticasse a gestão baseada em resultados de uma maneira que não era possível com as atuais Normas de Contabilidade das Nações Unidas.

167. O Subcomitê expressou apoio geral à adoção pela OPAS das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público, mas expressou preocupação com os custos de transição, incentivando a Secretaria a, na medida do possível, reduzir os custos de implementação do novo sistema. O Subcomitê enfatizou, por exemplo, que a OPAS devia ponderar cuidadosamente os benefícios e o custo da adoção de uma auditoria anual. Sugeriu-se que, ao preparar os documentos a serem submetidos ao Comitê Executivo, a Secretaria devia considerar a inclusão de um gráfico mostrando o impacto real da implementação das IPSAS e do Plano Mestre de Investimentos de Capital sobre os fundos dos programas. Assinalou-se também que seria útil dispor de uma tabela ou gráfico mostrando os custos e benefícios da implementação das IPSAS, no curto e médio prazos.

168. A Srta. Frahler informou que para as Nações Unidas a implementação das IPSAS estava sendo um desafio. Surgem dificuldades em quatro áreas principais: preparação de demonstrações financeiras anuais auditadas; requisito de que os investimentos sejam contabilizados pelo valor de mercado; necessidade de estabelecer um módulo de

contabilidade dos bens de capital com depreciação anual; e a mudança para a contabilidade patrimonial. Esta última área é que estava causando maiores dificuldades para o sistema das Nações Unidas, porque todos os funcionários tinham que aprender a enfocar seu trabalho de maneira diferente.

169. Três agências, sendo uma delas a OMS, implementariam as IPSAS a partir de 1º de janeiro de 2008. Já que algumas alterações — como a mudança para a contabilidade patrimonial — teriam que ser introduzidas de qualquer maneira para que a OPAS continue alinhada com a OMS, o treinamento para as IPSAS já havia começado na OPAS. Contudo, se os Estados Membros decidirem não aprovar a adoção das IPSAS, isso significa que a OPAS utilizaria dois conjuntos diferentes de normas contábeis simultaneamente. Se os Estados Membros decidirem que a OPAS deve implementar as IPSAS, não tem que ser feito tudo de uma vez. A OPAS pode começar a implementação em 1º de janeiro de 2008, junto com a OMS, mas seguir de maneira gradual e progressiva, até 2010.

170. A cifra de \$ 500.000 dada como o custo estimado de implementação para a OPAS supunha a introdução de auditorias anuais, mas já que os Estados Membros favorecem a manutenção da auditoria bienal, o custo para 2008-2009 diminuiria em cerca de \$ 100.000. Além do pedido do Subcomitê para que a Secretaria procure economizar, a OPAS se juntaria às Nações Unidas num contrato de serviços atuariais com uma organização independente, o que reduziria os custos.

171. Como o Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração, o Comitê Executivo apoiou a adoção das IPSAS, considerando que no longo prazo os benefícios compensam os custos. Contudo, indicando que as estimativas de custo não incluem o financiamento do seguro de saúde pós-serviço, o Comitê perguntou se uma estimativa desse custo seria fornecida a Conferência Sanitária Pan-Americana. O Comitê também solicitou uma estimativa das despesas para implantação das IPSAS a serem incluídas no orçamento de 2008-2009.

172. A Srta. Frahler afirmou que, já que a OPAS apenas recentemente soube que poderia se juntar às Nações Unidas para obter serviços atuariais, não era possível determinar o custo estimado do financiamento do seguro de saúde pós-serviço em tempo para a Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro de 2007, mas uma estimativa provavelmente seria fornecida ao Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração em 2008.

173. A Diretora reconheceu que o custo de implementação das IPSAS não foi incluído na proposta de orçamento ordinário para 2008-2009. Mas assinalou que uma parte da receita excedente que a Organização esperava receber no fim do atual biênio poderia ser colocada num fundo especial, e a Secretaria poderia solicitar autorização — provavelmente na sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração de

março de 2008 — para usá-la e cobrir o custo de implementação das IPSAS. Alguns custos também podiam ser cobertos mediante medidas de redução de custos, adiamento de certas atividades ou adiamento de contratações.

174. O Comitê adotou a resolução CE140.R4 sobre esse tema, recomendando que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana endosse a introdução das IPSAS na OPAS, a ser concluída até 2010.

Plano Diretor de Investimentos de Capital (documento CE140/20)

175. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o SPBA havia examinado uma versão anterior desse documento, após apresentação do Sr. Edward Harkness (Gerente de Área, Operações de Serviços Gerais, OPAS) que explicou que o objetivo da proposta era assegurar uma fonte estável de financiamento para manutenção regular e melhoria dos imóveis da Organização e infra-estrutura de tecnologia da informação, em vez de atender essas necessidades de maneira *ad hoc*, como acontecia. A proposta previa a criação de um Fundo Mestre de Investimentos de Capital com dois subfundos, um para imóveis e equipamento e outro para tecnologia da informação, aos quais seriam transferidos os saldos do atual Fundo da OPAS para Bens Imóveis e Fundo de Bens de Capital, em 1º de janeiro de 2008. Outras fontes de financiamento propostas para o Fundo Mestre de Investimentos de Capital incluem uma alocação do orçamento bienal por programas, receita diversa acima do valor orçado e qualquer recurso orçamentário restante no fim de cada biênio.

176. Ao examinar o tema, o Subcomitê elogiou o enfoque de longo prazo no planejamento e orçamento para investimentos de capital, e concordou que a manutenção preventiva dos edifícios e equipamentos acabaria economizando o dinheiro da Organização. Embora o Subcomitê tenha registrado consenso sobre a criação do Fundo Mestre de Investimentos de Capital, alguns Membros levantaram uma série de questões em relação às fontes de financiamento propostas. Expressou-se preocupação com a proposta de usar os recursos excedentes do orçamento da Organização como fonte de financiamento, e vários Membros foram categóricos em afirmar que os fundos alocados a atividades de programas não deviam ser usados para manutenção e reparo de edifícios. O Subcomitê considerava que os Órgãos Diretores deviam continuar decidindo a utilização de qualquer superávit do orçamento. O Subcomitê solicitou que a Secretaria preparasse uma proposta revisada a ser submetida ao Comitê Executivo na presente sessão, especificando em particular os tetos dos dois subfundos.

177. O Sr. Harkness afirmou que um levantamento dos edifícios da OPAS na Região (de propriedade da OPAS, alugados ou fornecidos pelo Governo) indicou que seriam necessárias reformas no total de mais de \$8 milhões nos próximos dez anos. Um levantamento similar do equipamento de computação e comunicação necessário para o

mesmo período indicava cerca de \$18 milhões. Com base nisso, propôs-se que o subfundo de imóveis e equipamentos tenha um teto de \$2 milhões (em comparação com \$500.000 no atual Fundo de Imóveis) e que o subfundo de tecnologia da informação tenha um teto de \$6 milhões (em comparação com os \$5,6 milhões do atual Fundo de Bens de Capital).

178. Em resposta às preocupações expressadas pelo Subcomitê com a prestação de contas, assinalou que todas as operações eram transparentes, sendo que a documentação das necessidades de todos os projetos estava disponível a qualquer Estados Membro. Confirmou que os subfundos seriam separados, sem transferências de um a outro.

179. O Comitê Executivo reconheceu a necessidade de manter e renovar edifícios, sendo que alguns era de propriedade da OPAS, e assegurar infra-estrutura de computação e comunicação atualizada. Ao mesmo tempo, alguns Membros expressaram surpresa com a dificuldade de financiar esses projetos, já que a Organização parecia estar muito bem financeiramente. O Comitê aplaudiu o acréscimo de tetos fixos para os dois subfundos, conforme solicitado pelo SPBA. Contudo, ainda pareciam um pouco vagas as regras financeiras para os subfundos e os procedimentos para efetuar transferências para os mesmos. Indicou-se que a possível utilização de qualquer recurso excedente deve ser examinada anualmente pelo SPBA e pelo Comitê Executivo.

180. Alguns Delegados solicitaram informação sobre a alocação dos recursos entre os dois subfundos com base na prioridade do trabalho a ser feito e se os edifícios seriam tratados diferentemente dependendo de se eram de propriedade da OPAS, alugados ou fornecidos pelo ministério da saúde. Solicitou-se que a Secretaria elucidasse a relação entre o Fundo proposto e o Fundo para Imóveis da OMS, do qual a OPAS podia receber recursos. Vários delegados falaram a favor de uma injeção inicial de dinheiro no Fundo, dado o número de necessidades urgentes descritas no documento.

181. O Sr. Harkness disse que o enfoque de manutenção e renovação era uniforme, independente de quem fosse o proprietário de um edifício usado pela OPAS. A Organização primeiro procuraria conseguir que a obra fosse feita pelo proprietário de um edifício comercial, ou que o Governo o fizesse, mas se isso não fosse possível a OPAS pagaria. Quanto ao Fundo para Imóveis da OMS, ele explicou que a cada biênio a OMS dividia cerca de \$2 milhões entre todas as Regiões. Os montantes recebidos pela OPAS variam, mas tendem a ser modestos, já que a Região das Américas é considerada uma das mais prósperas.

182. A Diretora disse ser verdade que a Organização estava bem financeiramente na atualidade, com um alto nível de pagamento em dia de cotas, mas a situação podia mudar. Esclareceu que não seria possível revisar a disposição dos recursos excedentes a cada ano, mas somente no fim do ciclo orçamentário bienal da Organização.

183. Assinalou que o Fundo Mestre de Investimentos de Capital estava relacionado em

certa medida com a discussão do tema precedente: a OPAS era uma organização rumo à gestão baseada em resultados, com novas normas contábeis e procedimentos e novas maneiras de registrar o valor e a depreciação dos ativos. Pela primeira vez, estava tentando prever os custos, em vez de simplesmente reagir de maneira *ad hoc* aos problemas de manutenção, necessidade de atualização dos equipamentos, melhoria da segurança dos edifícios e questões conexas. Lembrou que a renovação da sede exigiu a aprovação emergencial de \$14 milhões, que quase esgotaram o Fundo de Capital de Giro e tiveram um sério impacto sobre as atividades da Organização por dois anos. O propósito do Fundo era evitar esse dano à verdadeira missão da Organização. Ademais, alguns dos custos examinados seriam ressarcidos: a melhoria do equipamento de comunicação, por exemplo, reduziria a necessidade de viagens; a manutenção dos nove edifícios que a OPAS possuía na Região aumentaria seu valor como investimento. Em suma, o estabelecimento do Fundo era parte da boa administração que os Estados Membros esperavam da Organização.

184. O Comitê adotou a resolução CE140.R6, recomendando que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove o estabelecimento do Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

Relatório sobre a Arrecadação de Cotas (documento CE140/21 e CE140/21, Add. I)

185. A Srta. Linda Kintzios (Tesoureira e Chefe de Unidade, Gestão de Fundos, Análise e Sistemas, OPAS) chamou a atenção para o documento CE140/21, que apresenta informação sobre a arrecadação de cotas até 7 de maio de 2007, e o documento CE140/21, Add. I, que atualiza a informação até 18 de junho de 2007. Ela assinalou que, após essa última data, foram recebidos \$84.000 de Cuba e \$225.194 do Uruguai. Com esse pagamento, Cuba liquidou todos os seus atrasados (e também efetuou um pagamento de 2007). Assim, concluiu com êxito seu plano decenal de pagamento diferido.

186. A arrecadação combinada de atrasados e cotas do corrente ano até hoje totalizam \$ 70,1 milhões, representando uma melhoria significativa na arrecadação total em comparação com \$ 42,9 milhões em 2006, \$ 42,8 milhões em 2005 e \$ 37,8 milhões em 2004. Foram recebidas cotas do corrente ano de 25 Estados Membros, no valor de \$ 27,2 milhões ou 30%, em comparação com 7% na mesma data de 2006. Até agora, a receita recebida para o fundo fiduciário Contribuições Voluntárias para Programas Prioritários totalizou \$ 12.534.

187. No debate que se seguiu, um Membro indagou por que os Países Baixos e Porto Rico aparecem na demonstração de cotas incluída no anexo A do documento CE140/21.

188. A Diretora esclareceu que os Países Baixos, bem como França e Reino Unido, eram Estados Membros da Organização, representando seus territórios na Região. Porto Rico era um Estado Associado. Além disso, Espanha e Portugal eram Estados Observadores, sendo que a Espanha dá uma contribuição importante para o orçamento da

Organização.

189. Ela também agradeceu aos países que efetuaram pagamentos. Era uma tendência muito favorável que os Estados Membros estivessem determinados a atualizar seus pagamentos de cotas. O fato de Cuba ter completado seu plano de pagamento diferido era motivo de comemoração. Tudo indica que outros países com plano decenal também iriam completar seus pagamentos a tempo. A primeira vez que se sugeriu um esquema decenal de pagamento, havia dúvidas quanto a se esse prazo longo habilitaria os países a resolver seus problemas de cumprimento, mas se mostrou eficaz. Um fator importante desse êxito foi o diálogo franco entre representantes da Organização e vários órgãos decisórios nos países, desde comitês parlamentares de orçamento até o gabinete do primeiro-ministro.

190. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE140.R3, agradecendo aos Estados Membros que já efetuaram pagamentos para 2007, instando os outros Estados Membros a pagar suas contribuições pendentes o mais breve possível e recomendando à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana que as restrições de voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam aplicadas consistentemente aos Estados Membros em atraso.

Processo para a Implantação da Nova Escala de Cotas com base na Nova Escala da OEA (documento CE140/22)

191. O Sr. Sotela (Chefe de Unidade, Planejamento, Orçamento por Programas e Apoio a Projetos, OPAS), lembrando que a escala de cotas da OPAS se baseava na da Organização dos Estados Americanos, informou que, no início de junho, a Assembléia Geral da OEA considerou o estabelecimento de uma nova escala a partir de 2009, e solicitou ao grupo de especialistas que estudava essa questão que concluísse sua tarefa até 30 de setembro de 2007. Haveria então uma sessão especial da Assembléia Geral da OEA no máximo em 14 de dezembro de 2007 para adotar a nova escala.

192. Para o orçamento de 2008-2009, seria necessário que a OPAS decidisse aplicar a) a escala da OEA para 2009 que for adotada em dezembro de 2007, b) a escala provisória da OEA para 2008, já aprovada, ou c) a escala atual da OPAS (baseada na escala da OEA para 2007) até que a OEA adote uma escala permanente. Ele esclareceu que, já que o orçamento da OPAS era bienal, embora a OEA tenha um orçamento anual, a escala da OEA a ser adotada se aplicaria aos dois anos do biênio da OPAS.

193. O Comitê Executivo favorece a adoção da terceira opção: continuar com a escala atual até que a OEA adote uma escala permanente para 2009 e anos posteriores. Contudo, o Observador pelo Brasil expressou preferência pela segunda opção, enfatizando que era importante manter um elo entre o orçamento da OPAS e a escala de cotas fixada pela OEA.

194. O Comitê Executivo adotou a resolução CE140.R5, mediante a qual a atual escala

da OPAS seria aplicada ao orçamento por programas para 2008-2009 e, quando a OEA decidir uma nova escala, esta seria aplicada aos biênios subseqüentes.

Relatório Financeiro Preliminar da Diretora para 2006 (Documento oficial 326)

195. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado o Relatório Financeiro preliminar da Diretora, após escutar um resumo apresentado pela Srta. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão e Informação Financeira, OPAS). Ela informou ao Subcomitê que houve um aumento significativo nos recursos financeiros da Organização em 2006: a receita de todas as fontes totalizou \$537 milhões. A receita do fundo fiduciário e recursos recebidos para aquisição em nome dos Estados Membros corresponderam ao maior crescimento. As contribuições voluntárias da OMS também aumentaram bastante.

196. Quanto à receita das cotas dos Estados Membros, 37 dos 39 Membros e Estados Associados da Organização tinham efetuado pagamentos durante o ano, no total de \$97,2 milhões, sendo que \$47 milhões correspondem a cotas de anos anteriores. A Srta. Frahler também informou que a Organização terminou 2006 com um superávit de \$11,1 milhões, mas assinalou que isso era uma ocorrência normal no primeiro ano de um biênio porque o Diretor, conservadoramente, retinha fundos para cobrir despesas no segundo ano se houvesse um atraso na arrecadação das cotas. O superávit sem dúvida diminuiria durante o ano.

197. O Subcomitê aplaudiu o aumento na arrecadação das cotas de anos anteriores, mas vários Membros expressaram preocupação com o atraso contínuo de alguns países, destacando a necessidade de todos os Estados Membros respeitarem seus compromissos com a Organização, incluindo os centros pan-americanos. O fato de que as contribuições voluntárias passaram a representar uma proporção maior da receita da OPAS também foi considerado preocupante, particularmente porque muitas contribuições voluntárias eram destinadas a objetivos específicos, o que pode limitar a capacidade da Organização de executar seus programas e canalizar fundos para as áreas mais necessitadas. A tendência ao aumento no uso da renda do fundo fiduciário para projetos internos tem sido positiva, e incentivou-se a Organização a explorar possibilidades de expandir essa modalidade de cooperação técnica.

198. A Srta. Frahler, referindo-se à preocupação do Subcomitê com os atrasos, informou que no atual biênio foram recebidos mais de \$53 milhões em pagamentos atrasados. Os atrasados agora chegavam apenas a \$11,3 milhões. Além disso, o crescimento dos fundos voluntários foi o maior já registrado: atualmente, são mais de \$200 milhões. Houve também um grande crescimento nos fundos para aquisição de vacinas e medicamentos anti-retrovirais, que totalizavam \$250 milhões para o biênio. Embora a receita total no biênio 2004-2005 tenha chegado a \$799 milhões, a projeção para o atual biênio se situava entre \$900 milhões e \$1 bilhão.

199. No debate que se seguiu, um Membro do Comitê, embora aplaudisse o aumento da receita, indagou se isso criou mais desafios na área de gestão financeira. Solicitou-se também mais informações sobre a situação financeira dos centros pan-americanos.

200. A Srta. Frahler disse que o aumento dos recursos financeiros recebidos e gastos produziu alguns desafios, tanto na gestão financeira quanto na implementação. Do lado da gestão financeira, o desafio consiste em manejar um volume bem maior de recursos com um quadro de pessoal minguante. A OPAS estava enfrentando esse desafio mediante automação da contabilidade e modernização das áreas de gestão e informação financeira. Para assegurar os necessários controles internos, a OPAS havia implementado o esquema de prestações de contas financeiras, no qual a Secretaria ajudava os chefes dos escritórios nos países a assumir plena responsabilidade por seus escritórios. Isso envolveu um grande esforço de treinamento do pessoal financeiro nos 35 escritórios de países. A OPAS também implementou um procedimento de revisão mensal, segundo o qual o chefe do escritório no país, bem como todos os gerentes de área e chefes de unidade na sede, deviam certificar a exatidão de suas contas

201. Dois centros pan-americanos tinha uma situação financeira muito boa: o Caribbean Epidemiology Center (CAREC) tinha um fundo de capital de giro de mais de \$1,2 milhão, enquanto o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) tinha um fundo de capital de giro com mais de \$1 milhão, bem como quase \$400.000 no fundo fiduciário. O Caribbean Food and Nutrition Institute (CFNI) estava em situação mais difícil, devido principalmente ao fato de que um Estado Membro devia mais de \$1 milhão. A Secretaria estava examinando várias opções — como a terceirização da gráfica ou combinar a administração do CFNI com a do escritório da OPAS/OMS na Jamaica — para aliviar a situação financeira do centro.

202. A Diretora indicou que no passado o máximo de contribuições voluntárias da OMS para a Região tinha sido \$12 milhões num biênio; agora, no segundo ano do atual biênio, a cifra era de quase \$44 milhões. Esse aumento foi devido principalmente aos Estados Membros, que articularam claramente sua preocupação com a política da OMS acerca da distribuição de recursos entre as Regiões, fazendo com que a OMS adotasse uma política mais equitativa.

203. Outra causa do maior volume de recursos para a Região foi o reconhecimento pela OMS da eficácia do Sistema de Planejamento, Programação, Monitoramento e Avaliação (AMPES) da OPAS. Ao mesmo tempo, o êxito desse sistema possibilitou que a Organização realizasse negociações para contribuições plurianuais, baseadas em programas, de importantes doadores como Canadá, Espanha e Estados Unidos, em vez do apoio tradicional a projetos. Esses acordos plurianuais simplificaram os processos, administração e relatórios, reduzindo os custos de transação e implementação.

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

Relatório sobre as Atividades da Unidade dos Serviços de Supervisão Interna (documento CE140/23)

205. O Sr. Michael Boorstein (Diretor de Administração, OPAS) lembrou que, segundo o Regulamento Financeiro, o Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) devia manter uma função de auditoria interna responsável pelo monitoramento da adequação e eficácia dos sistemas de controle interno da Organização. A função de supervisão interna era uma atividade conjunta sob a autoridade geral do Diretor-Geral da OMS e do Diretor da RSPA. Com o tempo, o diretor anterior e atual da RSPA fizeram esforços para racionalizar o equilíbrio entre os dois escritórios. Em agosto de 2006, decidiu-se que o Escritório de Supervisão Interna da OMS continuaria supervisionando os projetos financiados pela OMS na Região das Américas, atuando como em outras regiões, e que a OPAS assumiria a supervisão interna dos projetos por ela financiados, mediante auditorias de cumprimento e avaliação da implementação dos programas.

206. Assim, a função de supervisão interna da OPAS estava numa etapa de transição. A Unidade de Serviços de Supervisão Interna estava desenvolvendo um plano de auditoria baseada em riscos, focalizando as áreas de maior risco na Organização. Enquanto a função tradicional de auditoria examinava principalmente as finanças e administração, a tendência agora era examinar os programas e processos, verificando se correspondiam às metas estratégicas e buscando maior eficiência. Devido ao crescente foco da Organização nos países, as auditorias também se concentrariam cada vez mais nos países.

207. O Comitê Executivo expressou agradecimento pelo trabalho da Unidade de Serviços de Supervisão Interna durante 2006, assinalando que proporcionou a necessária monitoração, avaliação e prestação de contas. Portanto, o Comitê instou a Secretaria a implementar as recomendações da Unidade de maneira rápida e plena. Ao mesmo tempo, o Comitê instou a Unidade de Serviços de Supervisão Interna a continuar dando a devida atenção ao monitoramento da implementação de suas recomendações. Sugeriu-se que os futuros relatórios contenham uma tabela mostrando a situação das recomendações feitas para o respectivo período. Alguns Membros solicitaram informação sobre o funcionamento do novo sistema, com as funções de auditoria da OPAS separadas da OMS, e expressaram preocupação com o fato de que dois cargos sênior da Unidade estavam vagos.

208. O Sr. Boorstein disse que tomou nota da sugestão sobre a tabela de recomendações. O processo de contratação do Avaliador e do Chefe de Auditoria estava em andamento; os dois cargos deveriam ser preenchidos até o fim do verão de 2007. Enquanto isso, a Unidade tinha um funcionário, que em 2006 realizou auditorias nos escritórios na Bolívia, Brasil, Jamaica e Nicarágua, bem como no CFNI. Em 2007, já havia realizado auditorias na Argentina, Belize, Chile, Costa Rica e Venezuela. As relações com o Escritório de Serviços de Supervisão Interna da OMS em Genebra

continuavam excelentes.

209. A Diretora indicou que, para chegar à situação atual, foram necessários 10 anos de diálogo com a OMS. Em resultado das mudanças finalmente introduzidas, a OPAS era o único Escritório Regional da OMS com quatro funções de supervisão: sua própria Unidade de Serviços de Supervisão Interna, o Escritório de Serviços de Supervisão Interna da OMS e os auditores externos da OPAS e OMS.

210. O Comitê Executivo tomou nota do relatório da Unidade de Serviços de Supervisão Interna.

Assuntos relativos ao pessoal

Reforma contratual na OPAS e confirmação de emendas às Regras do Pessoal da RSPA (documentos CE140/24 e CE140/25)

211. A Srta. Dianne Arnold (Gerente de Área, Gerência de Recursos Humanos, OPAS), assinalando que o sistema comum das Nações Unidas regulava e a coordenava as condições de serviço dos funcionários das Nações Unidas, disse que a OPAS regularmente monitorava o sistema comum para assegurar o alinhamento de seu próprio sistema de pessoal com as estruturas e diretrizes estabelecidas pela Assembléia Geral da ONU e a Comissão Internacional de Serviço Civil (ICSC). Em 2005 a ICSC decidiu que três categorias de contrato bastavam para cobrir as necessidades das organizações internacionais: a prazo fixo, indefinido ou contínuo e temporário. A Diretoria Executiva da OMS introduziu as alterações correspondentes no Regulamento do Pessoal, a maioria com vigência a partir de 1º de julho de 2007. Para manter coerência com as recomendações da OMS e ICSC, a OPAS propôs implementar os três tipos de contrato a partir de 1º de janeiro de 2008. A Srta. Arnold proporcionou alguns detalhes práticos sobre a implementação dos diversos tipos de contrato, indicando que de fato a OPAS já tinha esses três tipos, embora com denominação diferente.

212. A Delegada dos Estados Unidos considerou que seria prematuro endossar a proposta de reforma contratual, lembrando que, embora a 61ª Assembléia Geral da ONU tenha tomado nota do esquema contratual proposto pela ICSC, não havia decidido implementá-lo, à espera de mais informações da ICSC. Sugeriu a inclusão no projeto de resolução, que cobre tanto a reforma contratual quanto as emendas ao Regulamento de Pessoal, de um texto ressaltando que a reforma contratual dependeria da aprovação pela Assembléia Geral das novas disposições contratuais para o sistema comum das Nações Unidas.

213. A Diretora assinalou que a reforma contratual proposta foi preparada com base numa análise rigorosa e em estreita cooperação com a Associação de Pessoal. A Organização sempre foi conservadora em termos de gestão do pessoal, e muito preocupada com as implicações de custo dos assuntos relativos ao pessoal, sempre

procurando equilibrar os interesses dos Estados Membros, a sustentabilidade da Organização e o bem-estar dos funcionários. Em muitos aspectos, a OPAS era diferente de outras agências, em particular da ONU. Portanto, não seria apropriado aplicar à OPAS as mesmas considerações aplicadas a outras organizações em outros lugares.

214. Desejava ressaltar três pontos: primeiro, a maior parte da reforma proposta já estava sendo praticada há alguns anos; o objetivo agora não era mudar a prática, mas ajustar o texto à prática. Segundo, a simplificação e agilização dos processos aumentaria a eficiência, uma recomendação constante dos Estados Membros à Secretaria. Terceiro, a reforma proposta faz parte do processo de estreitamento das relações entre avaliação do desempenho e os requisitos do cargo.

215. A Srta. Arnold apresentou três razões para as alterações propostas no Regulamento de Pessoal: coerência com o sistema das Nações Unidas, estrutura contratual da OMS e boas práticas administrativas. Embora muitas alterações fossem apenas de estilo, ela explicou a justificativa de algumas mais substantivas.

216. A Delegada dos Estados Unidos reconheceu que havia algumas boas alterações e expressou apreciação pelo sistema comum das Nações Unidas, que foi elaborado para evitar discrepâncias nas condições de emprego e prevenir a competição por pessoal entre agências. Contudo, se sentia obrigada a expressar preocupação com as alterações propostas nos aumentos meritórios dentro de cada grau, licença para treinamento ou serviço militar, licença para viagem ao país de origem, extensão da licença de paternidade ou adoção, Tribunal Administrativo e licença maternidade no caso de nascimentos múltiplos. Os Delegados do Canadá e Chile também expressaram preocupação com esta última emenda.

217. Após uma explicação da Srta. Arnold, a Delegada dos EUA retirou suas objeções à licença para viagem ao país de origem. Quando às alterações propostas nos subsídios de mobilidade, lugar de destino difícil e instalação, decidiu-se, seguindo uma sugestão dos Estados Unidos, que a frase “acordado entre organizações internacionais” deve dizer “aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas para o sistema das Nações Unidas.” Também ficou decidido que as questões de licença maternidade no caso de nascimentos múltiplos, aumento meritório em cada grau e licença para treinamento ou serviço militar sejam examinadas pelo SPBA em sua Segunda Sessão em março de 2008, e que as futuras alterações no Regulamento sejam submetidas automaticamente ao SPBA,

218. O Comitê Executivo adotou a resolução CE140.R14 sobre o tema.

Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da RSPA (documento CE140/26)

219. A Srta. Carolina Báscones (Presidente, Associação de Pessoal da RSPA) resumiu o documento CE140/26, Rev. 1, que apresenta as questões que a Associação de Pessoal

desejava submeter ao Comitê Executivo. Essas questões estão relacionadas com o Sistema de Ética e Resolução de Conflitos, incluindo os resultados obtidos até agora e a recomendação de medidas adicionais feita pela Associação; fortalecimento dos procedimentos de recrutamento e seleção de pessoal no contexto da reforma de recursos humanos; melhoria da capacidade gerencial e liderança administrativa e seu impacto direto sobre a gestão de recursos humanos na OPAS; avaliação completa do desempenho e promoção de uma cultura participativa no treinamento de liderança.

220. Assinalou que nos quatro anos em que exerceu a presidência da Associação de Pessoal da RSPA houve várias melhorias no ambiente institucional da Organização. Os funcionários queriam agradecer ao Comitê Executivo seus esforços para guiar a Organização na direção certa e acima de tudo queriam expressar agradecimento à Diretora pelas mudanças e melhorias implantadas na cultura e ambiente de trabalho. Houve melhorias nas relações entre funcionários e gerentes, transparência e manejo de conflitos, nos processos de seleção e Regulamento do Pessoal, na gestão de recursos humanos e na reforma contratual; tudo isso levou à criação de uma nova cultura institucional. O próximo desafio consiste em sustentar e melhorar essa cultura. Os funcionários da OPAS mantinham o compromisso com a promoção da missão da Organização.

221. O Comitê Executivo elogiou a apresentação muito positiva e sua evocação de uma florescente cultura institucional.

222. A Diretora rendeu tributo à contribuição que os funcionários deram às mudanças positivas na Organização, assinalando que todo o trabalho da Associação de Pessoal era feito voluntariamente, fora das horas de trabalho.

223. O Comitê Executivo tomou nota do relatório e expressou agradecimento à Srta. Báscones, que estava terminando seu mandato como Presidente da Associação de Pessoal.

Assuntos para Informação

Recursos Humanos da RSPA: perfil do pessoal (documento CE140/INF/1)

224. A Srta. Arnold (Gerente de Área, Gestão de Recursos Humanos, OPAS), assinalando que o documento CE140/INF/1 apresenta gráficos e informação resumida sobre o perfil do pessoal, discorreu sobre os resultados da Organização na área de recursos humanos no último ano. Foram formuladas três políticas essenciais: contratação de aposentados; HIV/AIDS no local de trabalho; administração de pessoal num lugar de serviço com difíceis condições de vida, que na Região atualmente significa Haiti. Além disso, muito se fez com respeito a programas de conscientização e educação dos funcionários, incluindo uma série de seminários sobre resposta a desastres e manejo de riscos e um curso obrigatório online sobre segurança. A OPAS, como todas as regiões da

OMS, teve que apresentar uma proposta para o programa global de liderança da OMS, e a proposta da OPAS foi adotada como modelo para todas as Regiões. Os fundos que a OPAS recebeu em resposta a suas propostas foram usados para melhorar a gestão baseada em resultados, melhorar a liderança e capacidade gerencial, fortalecer a capacidade de gestão do conhecimento e implementar estratégias para os pontos focais de doenças não transmissíveis.

225. Além disso, toda a Organização estava passando pelo exercício de Avaliação Estratégica e Alinhamento de Recursos (SARA), no qual cada escritório tinha primeiro que avaliar seus mandatos em termos da orientação estratégica geral da Organização e depois assegurar que seus funcionários tenham as competências necessárias para cumpri-los, elaborando planos de treinamento se necessário. Por outro lado, o processo de tramitação do seguro de saúde foi simplificado para o pessoal dos escritórios nos países, e registraram-se melhorias na administração do subsídio de reinstalação. Houve progresso também na questão de gênero, particularmente nos escritórios nos países, onde a proporção de mulheres no nível profissional aumentou de 33% para 35%, enquanto a proporção de representantes da OPAS/OMS do sexo feminino aumentou de 39% para 52%.

226. As ações a serem realizadas no resto do ano incluem conclusão e implementação de um plano de continuidade para a Organização; padronização das descrições e títulos dos cargos; definição dos cargos essenciais reservados para funcionários das Nações Unidas; e melhoria na administração dos contratos de pessoal não pertencente às Nações Unidas nos escritórios nos países.

227. O Comitê Executivo tomou nota da informação fornecida.

Resoluções e outras ações da 60ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS (documento CE140/INF/2)

228. O Dr. Hugo Prado Monje (Gerente interino, Governança, Política e Parcerias, OPAS) chamou a atenção do Comitê para o documento CE140/INF/2, indicando que continha quatro partes. A primeira contém informação geral sobre a Assembléia Mundial da Saúde (WHA), nomes e afiliações das autoridades da Assembléia provenientes da Região e um resumo do discurso do Diretor-Geral. A segunda parte cobre uma reunião especial dos chefes de delegação da Região das Américas e os temas discutidos. A terceira parte apresenta as resoluções de maior relevância para a OPAS. A quarta inclui os membros antigos e novos da Diretoria Executiva da OMS.

229. O anexo A do documento consiste de uma tabela que mostra a relação entre as resoluções da WHA e as resoluções e documentos dos Órgãos Diretores da OPAS. A tabela ajuda a assegurar o alinhamento do trabalho da OPAS com as políticas decididas na Assembléia Mundial da Saúde; assim, era não só um documento de informação, mas

também um guia para melhorar o trabalho da Organização. A Secretaria estava trabalhando numa tabela similar de declarações e decisões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos de relevância para a OPAS. No futuro, um exercício similar pode ser feito com as resoluções da Cúpula das Américas. O objetivo seria ver como os mandatos aprovados pelos Órgãos Diretores da OPAS se relacionavam com os mais altos níveis decisórios nas Américas.

230. No debate que se seguiu, a Presidente disse que conectar a política e o trabalho da OPAS com as de outras organizações era uma iniciativa muito louvável. Outros delegados concordaram em que a provisão de informações sobre o alinhamento do trabalho da OPAS com o de outras organizações permitiria que os Órgãos Diretores tomassem decisões bem informadas. Sugeriu-se adicionar outra coluna na tabela comparativa, indicando as medidas que a OPAS devia tomar em resultado das resoluções da WHA. Uma delegada indagou se a consideração das resoluções da WHA fazia parte da criação do Plano estratégico.

231. Outro delegado, referindo-se à resolução WHA60.27, disse que o fortalecimento dos sistemas de informação da saúde era algo de que a Região realmente necessitava, já que não tinha certeza de que a informação correta estivesse sendo produzida. Sugeriu a criação de um grupo de trabalho da OPAS para examinar essa questão. Expressou surpresa pelo fato de que a questão dos recursos humanos em saúde, um dos principais temas da 59ª Assembléia, parece não ter recebido atenção na 60ª.

232. O Dr. Prado Monje confirmou que a questão dos sistemas de informação da saúde era uma prioridade para a OPAS. A questão dos recursos humanos em saúde também estava na agenda do Comitê, mas não foi mencionada no documento CE140/INF/2 já que não foi discutida na 60ª Assembléia Mundial da Saúde.

233. A Diretora assinalou que a Estratégia Regional para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde seria uma das principais ferramentas para melhorar os sistemas de informação da saúde. A OPAS estava trabalhando com a CEPAL, a OEA, o BID e o UNICEF para melhorar os sistemas de registro de nascimentos, que não só era um componente das informações de saúde mas também essencial para que as pessoas desfrutassem plenamente da cidadania, identidade e democracia. Quando ao alinhamento do trabalho da OPAS com o de outras organizações, afirmou que poderia se estender para cobrir fóruns interministeriais como a RIMSA. Confirmou que, ao elaborar o Plano estratégico, a Secretaria realizou uma análise das decisões, resoluções e declarações da Assembléia Mundial da Saúde, Nações Unidas e outros fóruns.

234. O Comitê Executivo agradeceu à Secretaria a informação fornecida e tomou nota do relatório.

Atualização referente ao processo de designação do Auditor Externo (CE140/INF/3)

235. O Sr. Previsich (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado em março de que nenhuma indicação havia sido feita para o cargo de Auditor Externo, mas o Governo do Reino Unido havia indicado sua intenção de indicar o National Audit Office para a função. Conforme indicado no documento CE140/INF/3, essa indicação havia sido de fato submetida e seria encaminhada à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana em outubro.

236. O Comitê Executivo tomou nota da informação atualizada.

Outros assuntos

237. O Comitê escutou breves relatórios sobre os seguintes temas:

Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017

238. O Sr. Cirilo Lawson (Panamá), representando o Dr. Camilo Alleyne (Ministro da Saúde do Panamá, Presidente do Grupo de Trabalho para a Agenda de Saúde), informou que a Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017, foi lançada no Panamá em 3 de junho de 2007 em conexão com a 37ª sessão ordinária da Assembléia Geral da OEA. Além da Diretora da OPAS, o Secretário-Geral da OEA, o Secretário-Geral das Nações Unidas, o Presidente e dois Vice-Presidentes do Panamá e vários ministros da saúde da Região assistiram à cerimônia de abertura. Apresentou um vídeo produzido pelo Governo do Panamá, que descreve o processo de elaboração da Agenda de Saúde para as Américas, 2008-2017, e indicou seus principais aspectos. O texto da Agenda pode ser encontrado em http://www.OPAS.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf.

Carta Social das Américas

239. A Embaixadora María del Luján Flores (Uruguai, Presidente do Grupo de Trabalho da OEA sobre a Carta Social das Américas) informou ao Comitê os últimos acontecimentos no esforço realizado pela Organização dos Estados Americanos para redigir a Carta Social das Américas, segundo a Resolução AG/RES. 2056 (XXXIV-O/04), adotada pela Assembléia Geral da OEA em 2004, que incumbiu o Conselho Permanente da OEA e a Comissão Executiva Permanente do Conselho Interamericano de Desenvolvimento Integral (CEPCIDI) de preparar um projeto de Carta Social das Américas e um Plano de Ação. Segundo a resolução, a Carta Social e Plano de Ação deve incluir os princípios do desenvolvimento social e estabelecer metas e objetivos específicos que reforcem os instrumentos existentes na Organização dos Estados Americanos sobre democracia, desenvolvimento integral e combate à pobreza.

240. Para executar esse mandato, o Conselho Permanente e a CEPCIDI estabeleceram um Grupo de Trabalho, que começou a trabalhar na Carta Social e Plano de Ação em setembro de 2005. Até março de 2007, o Grupo havia realizado 20 reuniões, para obter um texto consensual. A versão mais recente do projeto de Carta Social compreendia um preâmbulo e cinco capítulos. O primeiro trata da justiça social, desenvolvimento com equidade e democracia; o segundo, do desenvolvimento econômico; o terceiro, do desenvolvimento social; o quarto, do desenvolvimento cultural; e o quinto, da solidariedade e esforço coletivo no hemisfério. O capítulo I foi aprovado em 23 de abril de 2007 e o capítulo II estava sendo examinado.

241. Foram apresentadas várias propostas referentes à saúde a serem incluídas na Carta Social. As questões abordadas incluem segurança alimentar e erradicação da desnutrição; saúde como direito humano; ambientes saudáveis e sua relação com a saúde humana; prevenção, educação em saúde e acesso a atendimento de qualidade; saúde sexual e reprodutiva; mortalidade infantil; HIV/AIDS, tuberculose e malária; questões emergentes como a síndrome respiratória aguda grave (SARS) e gripe aviária.

Determinantes Sociais da Saúde

242. O Dr. Luis Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, OPAS) apresentou um resumo do trabalho da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, começando com um exame da estrutura da Comissão e suas várias Redes de Conhecimento. As meta da Comissão eram ajudar os países a posicionar a saúde como meta compartilhada à qual contribuem vários departamentos do governo e setores da sociedade; ajudar a construir um movimento global sustentável para trabalhar na área de equidade em saúde e determinantes sociais, vinculando governos, organizações internacionais, instituições de pesquisa, a sociedade civil e as comunidades; e apoiar mudanças de políticas nos países promovendo modelos e práticas que efetivamente tratem dos determinantes sociais da saúde. Para atingir essas metas, a Comissão se concentrava em ações nos países, trabalho com a sociedade civil, iniciativas mundiais para promover um enfoque integrado da saúde e suas Redes de Conhecimento, que coletam informações e evidências em nove áreas temáticas para apoiar a formulação de políticas e a adoção de medidas.

243. A Comissão realizou oito reuniões desde a reunião inaugural no Chile em setembro de 2005. A mais recente, realizada em Vancouver, Canadá, em junho de 2007, focalizou a redação da declaração provisória da Comissão, que seria divulgada para comentários em agosto de 2007. Houve várias apresentações sobre temas de grande relevância para o trabalho da Comissão, inclusive pela Diretora da OPAS sobre atenção primária à saúde, que seria um tema-chave no relatório final da Comissão, a ser publicado em maio de 2008. Mais informações sobre o trabalho da Comissão podem ser encontradas no site: http://www.who.int/social_determinants.

Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual

244. O Dr. Jorge Bermúdez (Chefe de Unidade, Tecnologia e Serviços de Saúde, OPAS) assinalou que o tema do acesso a medicamentos e os direitos de propriedade intelectual vem sendo discutido na OPAS e OMS desde meados dos anos 1990. Essas discussões coincidiram com a assinatura do Acordo sobre Aspectos Comerciais dos Direitos de Propriedade Intelectual e o estabelecimento da Organização Mundial do Comércio em 1994. A OMS e a OPAS adotaram várias resoluções sobre o tema, sendo as mais recentes a Resolução WHA59.24 (2006), sobre saúde pública, inovação, pesquisa essencial de saúde e direitos de propriedade intelectual, e a Resolução CD47.R7 (2006), sobre saúde pública, pesquisa em saúde e produção e acesso a medicamentos essenciais.

245. A Comissão sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual da OMS foi criada em 2003, e em 2006 publicou um relatório com 60 recomendações destinadas a promover a inovação e crescente acesso a medicamentos e outros produtos para uso contra doenças que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento. A Resolução WHA59.24 estabeleceu o Grupo de Trabalho Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, que recebeu a tarefa de formular uma estratégia global e plano de ação com base nas recomendações da Comissão.

246. O Grupo de Trabalho Intergovernamental realizou sua primeira reunião em dezembro de 2006 e identificou oito áreas prioritárias a serem abordadas pelo plano de ação: priorizar as necessidades de pesquisa e desenvolvimento; promover a pesquisa e desenvolvimento; aumentar e melhorar a capacidade de inovação; melhorar a provisão e acesso; assegurar mecanismos de financiamento sustentáveis; estabelecer sistemas de monitoramento e informação; transferência de tecnologia; manejo da propriedade intelectual. Solicitaram-se comentários dos Estados Membros sobre a estratégia e plano de ação. A OPAS realizou uma reunião regional de consulta sobre o tema em junho de 2007 e estava considerando a possibilidade de organizar outra antes da segunda e última reunião do Grupo de Trabalho em novembro de 2007, quando a estratégia e plano de ação seriam finalizados. Os Estados Membros podem encontrar informações adicionais e submeter seus comentários no *site*: <http://www.who.int/phi>.

Atualização de um acordo sobre a sede

247. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, OPAS) informou que o Escritório de Assuntos Legais da OPAS realizou várias reuniões com funcionários de escritórios do Departamento de Estado dos EUA. O Escritório estava redigindo uma proposta com questões específicas a ser submetida ao Governo dos EUA para consideração e subsequente negociação. Embora essas negociações demorem, estava confiante em que seria possível chegar a uma conclusão positiva num futuro relativamente próximo.

248. No debate sobre esse tema, o Comitê Executivo recebeu com satisfação a Agenda

de Saúde para as Américas e expressou gratidão ao Governo do Panamá por sua liderança na preparação do documento. O Comitê também destacou a importância dos determinantes sociais da saúde e sublinhou que os esforços para melhorar a saúde devem ser vinculados ao contexto econômico, social e político e envolver outros setores. Vários delegados recomendaram a inclusão de um item sobre determinantes sociais da saúde na agenda da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

249. A Diretora disse que seria prematuro o Comitê Regional discutir o tema antes que o relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais fosse enviado à OMS e sugeriu incluir um item na agenda dos Órgãos Diretores em 2008. Após um debate, o Comitê solicitou que a Secretaria organize uma sessão informal de informação sobre os determinantes sociais da saúde durante a semana da Conferência Sanitária Pan Americana. O Delegado do Chile assinalou que as relações entre saúde e uma variedade de questões sociais seriam examinadas durante a próxima Cúpula Ibero-Americana, cujo tema central é a coesão social. A Cúpula seria realizada no Chile em novembro de 2007.

250. Os Delegados também sugeriram que a informação acerca do trabalho do Grupo Intergovernamental sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual fosse fornecida durante a Conferência Sanitária Pan-Americana e que o tema fosse discutido pelos Órgãos Diretores em 2008. Os Delegados da Bolívia e Brasil anunciaram que seus países realizariam consultas regionais sobre o assunto.

Encerramento da Sessão

251. Após a troca de cortesias de praxe, a Presidente deu por encerrada a 140ª Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e Decisões

252. Em sua 140ª sessão, o Comitê Executivo adotou as seguintes resoluções e decisões:

Resoluções

CE140.R1 Prêmio OPAS em Administração: mudanças nos procedimentos e diretrizes

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo em mente as recomendações da Comissão Julgadora para o Prêmio OPAS em Administração de 2006, em relação a mudanças que melhorariam os procedimentos e diretrizes para o Prêmio; e

Tendo examinado as mudanças feitas pelo Secretariado como resultado desta recomendação (anexo ao documento CE140/6, Ad. I),

RESOLVE:

Aprovar os procedimentos e as diretrizes emendadas para o Prêmio OPAS em Administração .

(Segunda reunião, 25 de junho de 2007)

CE140.R2 Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo em mente que as disposições dos *Princípios Regendo as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não-governamentais* determinam que o Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração (SPBA) avalie a colaboração com cada organização não-governamental com a qual a OPAS mantém relações oficiais de trabalho a cada quatro anos e faça uma recomendação ao Comitê Executivo sobre a conveniência de manter estas relações; e

Tendo examinado o relatório (documento CE140/7) com respeito à análise do SPBA de colaboração entre a OPAS e a Confederação Médica da América Latina e Caribe (Confemel) durante o período em avaliação, assim como sua recomendação sobre a conveniência de manter estas relações,

RESOLVE:

1. Interromper as relações oficiais entre a OPAS e a Confederação Médica da América Latina e Caribe (Confemel), com a possibilidade de restabelecer relações oficiais no futuro.
2. Solicitar que a Diretora informe o Confemel da decisão tomada pelo Comitê Executivo.

(Terceira reunião, 26 de junho de 2007)

CE140.R3 Relatório sobre a arrecadação de cotas de Contribuição

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas de contribuição (documento CE140/21 e Add. I), inclusive o relatório sobre a situação do fundo fiduciário denominado “Contribuições Voluntárias para os Programas Prioritários: Vigilância, Prevenção e Gestão das Doenças Crônicas; Saúde Mental e Abuso de Substâncias; Fumo; Segurança na Gravidez; HIV/AIDS; e Direção”;

Inteirando-se da informação sobre Estados Membros em mora no pagamento de suas cotas, a tal ponto que poderiam estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando o disposto no Artigo 6.B da Constituição de OPAS com relação à suspensão dos privilégios de voto dos Estados Membros que não cumpram suas obrigações financeiras e à possível aplicação dessas disposições aos Estados Membros que não estejam cumprindo o disposto em seu plano aprovado de pagamentos diferidos; e

Observando com inquietude que há 18 Estados Membros que não efetuaram pagamento algum a crédito de suas cotas de 2007 e que a quantia arrecadada a título de cotas de contribuição para 2007 representa somente 30% das cotas totais para o corrente ano,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas de contribuição, inclusive do relatório sobre a situação do fundo fiduciário denominado “Contribuições Voluntárias para os Programas Prioritários: Vigilância, Prevenção e Gestão das Doenças Crônicas; Saúde Mental e Abuso de Substâncias; Fumo; Segurança na Gravidez; HIV/AIDS; e Direção”.
2. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos de 2007 e instar aos outros Estados Membros a pagar todas as suas contribuições pendentes o mais breve possível.
3. Agradecer aos Estados Membros que contribuíram para o fundo fiduciário Contribuições Voluntárias para os Programas Prioritários e incentivar a todos os Estados Membros a fazer uma contribuição para apoiar os referidos programas.
4. Recomendar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana que as restrições ao direito de voto contidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam aplicadas de modo

condizente aos Estados Membros que, por ocasião da abertura desta Conferência, não tenham efetuado substanciais pagamentos a crédito de suas cotas de contribuição e àqueles que não tenham efetuado pagamentos programados em conformidade com seus planos de pagamento diferido.

5. Solicitar que a Diretora continue informando aos Estados Membros sobre quaisquer saldos devidos e a informar o 27^a. Conferência Sanitária Pan-Americana sobre a situação da arrecadação das cotas de contribuição.

(Terceira reunião, 26 de junho de 2007)

CE140.R4 Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora sobre a proposta de introdução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (documento CE140/19),

RESOLVE:

Recomendar à 27^a Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da seguinte resolução:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório sobre a introdução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (documento CSP27/17) proposta pela Diretora,

RESOLVE:

1. Endossar a introdução das IPSAS na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
2. Reconhecer que a implementação das IPSAS contribuirá para a transparência na gestão baseada em resultados.
3. Assinalar que as atuais Normas Contábeis do Sistema das Nações Unidas (UNSAS) foram modificadas para permitir a introdução gradual de normas individuais para cada agência, sendo que as IPSAS devem estar plenamente implementadas até 2010.

4. Assinalar também que a Diretora apresentará aos Órgãos Diretores, para consideração em futuras sessões, propostas de modificar o Regulamento Financeiro e as Regras Financeiras resultantes da adoção das IPSAS.
5. Reconhecer que a implementação das IPSAS exigirá recursos financeiros, que serão incluídos nos orçamentos bianuais por programas da OPAS a partir do biênio 2008 2009.

(Quarta reunião, 26 de junho de 2007)

CE140.R5 Escala de Cotas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento apresentado pela Diretora sobre o processo para implantar a nova escala de cotas da Organização Pan-Americana da Saúde com base na nova escala da OEA e as opções nele contidas quanto à escala a ser usada no orçamento por programas para o exercício financeiro 2008-2009 da OPAS (documento CE140/22);

Consciente de que a Assembléia Geral da OEA, reunida no Panamá em 5 de junho de 2007, adiou a decisão sobre a adoção de uma escala nova de cotas para fins de 2007, para implantá-la em seu ciclo de orçamento anual para 2009 e que suas cotas para o orçamento de 2008 se baseiam numa escala provisória; e

Consciente de que a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentou ao Comitê Executivo o projeto de orçamento por programas para 2008-2009 e uma escala de cotas para que este recomende sua adoção à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana,

RESOLVE:

1. Solicitar à Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana que aplique a atual escala de cotas da OPAS ao projeto de orçamento por programas para o exercício financeiro de 2008-2009 para sua transmissão e recomendação à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana.
2. Reiterar que, uma vez que a OEA tome uma decisão acerca da escala de cotas, a OPAS aplicará essa escala nos biênios seguintes.

(Sexta reunião, 27 de junho de 2007)

CE140.R6 *Fundo Mestre de Investimentos de Capital*

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório do Diretor sobre a proposta de criação do Fundo Mestre de Investimentos de Capital (documento CE140/20),

RESOLVE:

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o relatório do Diretor sobre a proposta de criação do Fundo Mestre de Investimento de Capital (documento CSP27/18), e ciente da necessidade de planejar adequadamente e tomar as providências para financiar a manutenção e reparo dos edifícios de escritório da OPAS e a substituição sistemática de equipamento computacional e de telecomunicações, software e sistemas para apoiar a infra-estrutura de tecnologia de informação da Organização,

RESOLVE:

1. Estabelecer o Fundo Mestre de Investimentos de Capital com dois subfundos, Bens Imóveis e Equipamento e Tecnologia de Informação, em lugar dos atuais Fundo da OPAS para Bens Imóveis e Fundo de Bens de Capital, com vigência a partir de 1 de janeiro de 2008.
2. Estabelecer um limite máximo de US\$ 2,0 milhões para o novo subfundo de Bens Imóveis e Equipamento, e de US\$ 6,0 milhões para o subfundo de Tecnologia de Informação.
3. Financiar o Fundo Mestre de Investimentos de Capital do seguinte modo:
 - a) Capitalização inicial de até US\$ 8,0 milhões, o limite autorizado, a partir dos seguintes recursos:
 - Os respectivos saldos existentes em 1 de janeiro de 2008 no Fundo da OPAS para Bens Imóveis e no Fundo de Bens de Capital;
 - Excedente de receita em relação a gastos dos fundos do Orçamento Ordinário por Programas no final do biênio 2006-2007
 - b) Começando no final do biênio 2008-2009, reposição do Fundo Mestre de

Investimentos de Capital derivada de:

- Receita anual do aluguel das instalações e terrenos da Organização, a ser creditada ao subfundo de Bens Imóveis e Equipamento;
- Até US\$ 2,0 milhões da receita excedente aos gastos dos fundos do orçamento ordinário por programas, com notificação ao Comitê Executivo;
- Reposição de US\$ 2,0 milhões por biênio, com a aprovação do Comitê Executivo.

4. Adotar as seguintes diretrizes para o Fundo Mestre de Investimentos de Capital:
 - a) Cada subfundo será diferenciado e separado, sem transferências entre eles.
 - b) O subfundo de Bens Imóveis e Equipamento financiará renovações/reparos de edifícios em projetos orçados em mais de US\$ 15.000, nos locais fornecidos pelos Países-Membros em que a OPAS, de acordo com o acordo bilateral, for responsável por grandes reparos/renovações; nos espaços de escritório alugados pela OPAS; e em escritórios ou edifícios de propriedade da OPAS.
 - c) O subfundo de Tecnologia de Informação financiará a substituição sistemática de cabeamento e elementos relacionados com a infra-estrutura, equipamento de telecomunicação, e equipamento de computação e software em locais fornecidos à OPAS pelos Países-Membros, em espaços de escritórios comerciais alugados pela OPAS, e em espaços de escritório ou edifícios de propriedade da OPAS.
 - d) A Secretaria desenvolverá projeções de custos do Fundo Mestre de Investimentos de Capital cobrindo o próximo período de 10 anos, levando em conta os ciclos adequados de manutenção, reparo e substituição.

(Sexta reunião, 27 de junho de 2007)

CE140.R7 Proposta de Plano estratégico para 2008-2012

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado a proposta de Plano estratégico 2008-2012 apresentada pelo Diretor (*documento oficial 328*);

Reconhecendo a orientação fornecida pelo Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA); e

Prevendo que a Repartição levará em consideração as observações do Comitê Executivo na finalização do Plano estratégico,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução nos seguintes termos:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado a proposta de Plano estratégico 2008-2012 apresentada pelo Diretor (*Documento oficial 328*);

Observando que o Plano estratégico oferece uma estrutura flexível multi-bienal para orientar e assegurar continuidade no preparo dos orçamentos para programas e planos operacionais ao longo de três biênios, e que o Plano estratégico responde à Agenda de Saúde para as Américas e ao Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho e ao Plano estratégico de Médio Prazo da Organização Mundial da Saúde;

Acolhendo com satisfação a natureza multissetorial dos objetivos estratégicos que criam sinergias e promovem a colaboração entre diferentes programas, ao captar as múltiplas ligações entre os fatores determinantes da saúde, resultados de saúde, políticas, sistemas e tecnologias de saúde;

Reconhecendo que o Plano estratégico é uma soma abrangente dos resultados que a Repartição Sanitária Pan-Americana pretende alcançar, e que os futuros relatórios de desempenho da implementação desse Plano estratégico serão o principal meio de prestação de contas aos Estados Membros em termos programáticos;

Aplaudindo o avanço na transparência e planejamento baseado em resultados que esse Plano estratégico representa; e

Reconhecendo a necessidade da Repartição de canalizar seus esforços e recursos em direção a prioridades regionais coletivas de saúde, de modo a ajudar a assegurar que todos os povos da Região gozem de ótima saúde,

RESOLVE:

1. Aprovar a proposta de Plano estratégico 2008-2012 (*Documento oficial 328*),
2. Convocar os Estados Membros no sentido de identificarem seu papel e as ações a serem tomadas para alcançar os objetivos estratégicos contidos no Plano estratégico.

3. Convidar organizações pertinentes do sistema Interamericano e das Nações Unidas, parceiros internacionais de desenvolvimento, instituições financeiras internacionais, organizações não-governamentais, o setor privado e outras entidades a considerarem sua contribuição em apoio aos objetivos estratégicos contidos no Plano estratégico.
4. Examinar o Plano estratégico 2008-2012 a cada dois anos, em conjunto com as propostas dos orçamentos bienais para programas, com vistas a revisar o Plano estratégico, inclusive seus indicadores e metas, conforme possa ser necessário.
5. Solicitar ao Diretor que:
 - a) Informe sobre a implementação do Plano estratégico, por meio de relatórios bienais de avaliação de desempenho;
 - b) Use o Plano estratégico para fornecer direcionamento estratégico para a Organização durante o período 2008-2012, de modo a impulsionar a Agenda de Saúde para as Américas e a agenda global de saúde contida no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho;
 - c) Recomendar ao Conselho Diretor, através do Comitê Executivo, as revisões ao Plano estratégico que possam ser necessárias face ao orçamento bienal por programas proposto para 2010-2011 e para 2012-2013.

(Sexta reunião, 27 de junho de 2007)

CE140.R8 Projeto de Orçamento por Programas da Organização Pan-Americana da Saúde para 2008-2009

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de orçamento para programas da Organização Pan Americana da Saúde para o exercício financeiro 2008-2009 (*Documento oficial 327*);

Tendo considerado o relatório do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (documento SPBA1/6);

Observando significativos aumentos obrigatórios de débitos de prazo fixo em 2008-2009, a despeito de contínuas e cuidadosas iniciativas de redução de débitos de prazo fixo;

Tendo examinado o documento CE140/28, *Impacto de um Orçamento de Crescimento Nominal Zero*, em que a Repartição descreve passos executados objetivando priorização programática; identificação das atividades em nível regional sob risco; e eficiências;

Observando os esforços da Diretora no sentido de propor um orçamento para programas que leve em consideração tanto as preocupações econômicas dos Estados Membros quanto os mandatos de saúde pública da Organização; e

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

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração por sua análise preliminar e relatório do projeto de orçamento para programas.
2. Expressar o agradecimento à Diretora pela atenção dada em seu desenvolvimento do orçamento para programas à priorização programática e à redução de custos através da implementação das eficiências adicionais.
3. Solicitar à Diretora que incorpore as observações feitas pelos Membros do Comitê Executivo no *documento oficial 327* revisado que será submetido à consideração da 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana.
4. Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana que adote uma resolução nos seguintes termos:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o projeto de orçamento para programas da Organização Pan Americana da Saúde para o exercício financeiro 2008-2009 (*Documento oficial 327*);

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (documento CSP27/__);

Observando significativos aumentos obrigatórios de débitos de prazo fixo em 2008-2009, a despeito de contínuas e cuidadosas iniciativas de redução de débitos de prazo fixo;

Observando os esforços da Diretora no sentido de propor um orçamento para programas que leve em consideração tanto as preocupações econômicas dos Estados Membros quanto os mandatos de saúde pública da Organização; e

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

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a Repartição conforme esboçado no projeto

de orçamento para programas 2008-2009 (*Documento oficial 327*).

2. Apropriar ao exercício financeiro 2008-2009 o valor de \$297.395.182, que representa um aumento de 3,9% em relação às estimativas dos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados para o biênio 2006-2007, do seguinte modo:

SEÇÃO	TÍTULO	VALOR
1	Reduzir o ônus à saúde e socioeconômico de doenças transmissíveis	22,700,000
2	Combater a infecção pelo HIV/AIDS, a tuberculose e a malária	8,590,000
3	Prevenir e reduzir doenças, incapacidade e morte prematura por afecções não-transmissíveis crônicas, transtornos mentais, violência e lesões	13,000,000
4	Reduzir a morbidade e mortalidade, e melhorar a saúde durante etapas-chave da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e sadio de todos os indivíduos	12,490,000
5	Reduzir as conseqüências para a saúde de emergências, desastres, crises e conflitos, e minimizar sua repercussão socioeconômica	4,200,000
6	Promover a saúde e o desenvolvimento, e prevenir ou reduzir fatores de risco para estado de saúde associados com uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo inseguro	6,000,000
7	Abordar os fatores socioeconômicos subjacentes determinantes da saúde através de políticas e programas que melhorem a equidade em saúde e integrem abordagens em favor dos pobres, e que levem em consideração o gênero e os direitos humanos	7,000,000
8	Promover um ambiente mais sadio, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores para abordar as causas fundamentais de ameaças ambientais à saúde	13,000,000
9	Melhorar a nutrição e a segurança dos alimentos em todo o ciclo de vida, apoiando a saúde pública e o desenvolvimento sustentável	10,000,000
10	Melhorar a organização, gestão e fornecimento de serviços de saúde	12,000,000
11	Fortalecer a liderança, governança e base factual de sistemas de saúde	18,400,000
12	Garantir melhor acesso, qualidade e uso de tecnologias e produtos médicos	6,400,000
13	Assegurar a disponibilidade, competência, produtividade e capacidade de resposta da força de trabalho de saúde, de modo a aprimorar os resultados de saúde	9,300,000
14	Estender a proteção social através de financiamento justo, adequado e sustentável	5,200,000
15	Fornecer liderança, fortalecer a governança e fomentar a parceria e colaboração com os países, com o sistema das Nações Unidas e com outros interessados diretos, de modo a cumprir o mandato da OPAS/OMS de obter avanços da agenda global de saúde conforme estabelecido no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS, e na Agenda de Saúde para as Américas	51,210,000

SEÇÃO	TÍTULO	VALOR
16	Desenvolver e sustentar a OPAS/OMS como organizações flexíveis capazes de aprendizado, capacitando-as a executar seu mandato de forma mais eficiente e eficaz	76,577,000
	<u>Orçamento Efetivo de Trabalho para 2008-2009 (Partes 1-16)</u>	<u>276.067.000</u>
17	Impostos Incidentes sobre Pessoal (Transferência para o Fundo de Equalização Fiscal)	21,328,182
	<u>Total - Todas as Seções</u>	<u>297,395,182</u>

3. Que a apropriação será financiada a partir de:

a) Contribuições de:

Governos Membro, Governos Participantes e Membros Associados, com contribuições atribuídas de acordo com a escala adotada pela Organização dos Estados Americanos em conformidade com o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano ou em conformidade com Conselho Diretor e da Conferência Sanitária Pan-Americana201,394,182

b) Ingressos Diversos14,500,000

c) Proporção de AMRO aprovada pela Resolução WHA60.12.....81,501,000

TOTAL297,395,182

4. Ao estabelecer as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, suas contribuições serão adicionalmente reduzidas do valor a seu crédito no Fundo de Equalização Tributária, exceto que os créditos referentes a salários recebidos da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) por seus cidadãos e residentes sobre os quais incidam impostos serão reduzidos do valor de tais reembolsos de imposto feitos pela RSPA.

5. Que, em conformidade com o Regulamento Financeiro da OPAS, os valores que não excederem as apropriações especificadas no parágrafo 1 estarão disponíveis para o pagamento de obrigações incorridas durante o período de 1 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2009, inclusive; não obstante a disposição desse parágrafo, obrigações durante o exercício financeiro de 2008-2009 se limitarão ao orçamento efetivo de trabalho, ou seja, Seções 1-16.

6. Que a Diretora estará autorizada a efetuar transferências entre as seções de apropriação do orçamento efetivo de trabalho até um valor que não pode exceder 10% do valor apropriado à seção da qual é feita a transferência; transferências entre seções do

orçamento que excedam 10% da apropriação da seção da qual o crédito é transferido podem ser feitas com a concordância do Comitê Executivo, todas as transferências de créditos do orçamento precisam ser informadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

7. Que até 5% do orçamento designado em nível nacional será separado a título de "Alocação Variável do País" conforme estipulado na Política Regional de Orçamento Para Programas. Gastos correspondentes à alocação variável do país serão autorizados pela Diretora, em conformidade com os critérios aprovados pelo 39º Subcomitê de Planejamento e Programação conforme apresentados à 136ª Sessão do Comitê Executivo no documento CE136/INF/1. Gastos realizados a partir da alocação variável do país serão refletidos nas correspondentes seções de apropriação 1-16 no momento de registrar a informação.

8. Estimar em \$347.000.000 o valor de gastos no orçamento para programas para 2008-2009 a ser financiado por contribuições voluntárias, como refletido no *Documento oficial 327*.

(Sexta reunião, 27 de junho de 2007)

CE140.R9 Cotas dos Estados Membros, Estados Participantes, e Membros Associados da Organização Pan Americana da Saúde para 2008-2009

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o projeto de orçamento por programas da Organização Pan Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2008-2009 (*Documento oficial 327*),

RESOLVE:

Recomendar que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução nos seguintes termos:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o projeto de orçamento por programas da Organização Pan Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2008-2009 (*Documento oficial 327*), apresentado pela Diretora;

Tendo aprovado o programa de trabalho e as dotações para o exercício financeiro de 2008-2009 ao aprovar a resolução CSP27.R__;

Considerando que as cotas para os Estados Membros que aparecem na escala adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) são atribuídas segundo as

porcentagens mostradas nessa escala, ajustadas à sua condição de Membro da OPAS, em cumprimento do Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano; e

Considerando que foram efetuados ajustes para levar em conta as cotas de Cuba, dos Estados Participantes e do Membro Associado,

RESOLVE:

Estabelecer as cotas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2008-2009 em conformidade com a escala de cotas mostrada adiante e nos montantes correspondentes, que representam um aumento de 3,9% com respeito ao exercício financeiro de 2006-2007.

Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Cota Bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajuste por impostos cobrados pelos Estados Membros sobre os salários do pessoal da RSPA		Cota líquida	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Membros										
Antígua e Barbuda	0.020	0.020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Argentina	4.898	4.898	4.932.144	4.932.144	522.328	522.328			4.409.816	4.409.816
Bahamas	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Barbados	0.080	0.080	80.557	80.557	8.531	8.531			72.026	72.026
Belize	0.030	0.030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Bolívia	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Brasil	8.546	8.546	8.605.573	8.605.573	911.353	911.353			7.694.220	7.694.220
Canadá	12.355	12.355	12.441.126	12.441.126	1.317.549	1.317.549	25.000	25.000	11.148.577	11.148.577
Chile	0.540	0.540	543.764	543.764	57.586	57.586			486.178	486.178
Colômbia	0.940	0.940	946.552	946.552	100.242	100.242			846.310	846.310
Costa Rica	0.130	0.130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Cuba	0.730	0.730	735.089	735.089	77.848	77.848			657.241	657.241
Dominica	0.020	0.020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
El Salvador	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Equador	0.180	0.180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Estados Unidos da América	59.445	59.445	59.859.388	59.859.388	6.339.270	6.339.270	5.600.000	5.600.000	59.120.118	59.120.118

Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Cota bruta		Crédito do Fundo de Equalização de impostos		Ajuste por impostos cobrados pelos Estados Membros sobre os salários do pessoal da RSPA		Cota líquida	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Membros										
Granada	0.030	0.030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
Guatemala	0.130	0.130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Guiana	0.020	0.020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Haiti	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Honduras	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Jamaica	0.180	0.180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
México	6.077	6.077	6.119.362	6.119.362	648.057	648.057			5.471.305	5.471.305
Nicarágua	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Panamá	0.130	0.130	130.906	130.906	13.863	13.863			117.043	117.043
Paraguai	0.180	0.180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Peru	0.410	0.410	412.858	412.858	43.723	43.723			369.135	369.135
República Dominicana	0.180	0.180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
São Cristóvão e Névis	0.020	0.020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Santa Lúcia	0.030	0.030	30.209	30.209	3.199	3.199			27.010	27.010
São Vicente e Granadinas	0.020	0.020	20.140	20.140	2.133	2.133			18.007	18.007
Suriname	0.070	0.070	70.488	70.488	7.465	7.465			63.023	63.023
Trinidad e Tobago	0.180	0.180	181.254	181.254	19.195	19.195			162.059	162.059
Uruguai	0.260	0.260	261.813	261.813	27.727	27.727			234.086	234.086
Venezuela	<u>3.199</u>	<u>3.199</u>	<u>3.221.300</u>	<u>3.221.300</u>	<u>341.144</u>	<u>341.144</u>	<u>1.500</u>	<u>1.500</u>	<u>2.881.656</u>	<u>2.881.656</u>
Subtotal	<u>99.450</u>	<u>99.450</u>	<u>100.143.257</u>	<u>100.143.257</u>	<u>10.605.439</u>	<u>10.605.439</u>	<u>5.626.500</u>	<u>5.626.500</u>	<u>95.164.318</u>	<u>95.164.318</u>

Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Cota bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajuste por impostos cobrados pelos Estados Membros sobre os salários do pessoal da RSPA		Cota líquida	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Estados Participantes										
França	0.289	0.289	291.014	291.014	30.819	30.819			260.195	260.195
Reino dos Países Baixos	0.090	0.090	90.628	90.628	9.598	9.598			81.030	81.030
Reino Unido	0.060	0.060	60.418	60.418	6.398	6.398			54.020	54.020
Subtotal	0.439	0.439	442.060	442.060	46.815	46.815			395.245	395.245
Membro Associado:										
Porto Rico	0.111	0.111	111.774	111.774	11.837	11.837			99.937	99.937
Subtotal	0.111	0.111	111.774	111.774	11.837	11.837			99.937	99.937
TOTAL	100.000	100.000	100.697.091	100.697.091	10.664.091	10.664.091	5.626.500	5.626.500	95.659.500	95.659.500

(Sexta reunião, 27 de junho de 2007)

CE140.R10 Eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório de progresso apresentado pela Diretora para eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) nas Américas (documento CE140/8);

Observando com satisfação que se alcançou extraordinário progresso para a interrupção da transmissão do vírus da rubéola endêmica, reduzindo assim o número de casos de rubéola na Região em 98%, e que a sua incidência está em seu nível mais baixo até o momento nas Américas; e

Reconhecendo que esforços consideráveis serão necessários para apoiar e alcançar a meta de eliminação até 2010, requerendo maior compromisso por parte de governos e organizações parceiras que colaboram na iniciativa de eliminação, e o fortalecimento de vínculos entre os setores público e privado,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

A 27ª. CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório de progresso apresentado pela Diretora para a eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) nas Américas (documento CSP27/7);

Observando com satisfação que se alcançou extraordinário progresso para a interrupção da transmissão do vírus da rubéola endêmica, reduzindo assim o número de casos de rubéola na Região em 98%, e que a sua incidência está em seu nível mais baixo até o momento nas Américas; e

Reconhecendo que esforços consideráveis serão necessários para apoiar e alcançar a meta de eliminação até 2010, requerendo maior compromisso por parte de governos e organizações parceiras que colaboram na iniciativa de eliminação, e o fortalecimento de vínculos entre os setores público e privado,

RESOLVE:

1. Felicitam todos os países-membros e a seus profissionais de saúde pelo progresso obtido até o momento na eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita (SRC) nas Américas, que demonstra seu grau de compromisso com a saúde da população do continente americano.
2. Expressar agradecimento e solicitar o apoio contínuo das diversas organizações que, junto com a OPAS, ofereceram apoio crucial aos programas de vacinação nacionais e empenhos nacionais para eliminar a rubéola e a SRC, inclusive os Centros para Controle e Prevenção de Doenças, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, Aliança Mundial para Vacinas e Imunização, Banco Interamericano de Desenvolvimento, Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, Organismo de Cooperação Internacional Japonês, March of Dimes, Sabin Vaccine Institute, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional e Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.
3. Reiterar a todos os países-membros a:
 - a) Atingir a eliminação da rubéola e da SRC nas Américas ao finalizar a

- implementação das estratégias de vacinação, vigilância integrada intensificadora de sarampo/ rubéola e fortalecimento da vigilância da SRC;
- b) Estabelecer comissões nacionais para reunir e analisar os dados a fim de documentar e comprovar a eliminação do sarampo, rubéola e da SRC, para a análise por um comitê técnico.
4. Solicitar à Diretora a:
- a) Seguir os esforços para mobilizar mais recursos necessários para superar os desafios descritos no relatório de progresso;
 - b) Formar um Comitê Técnico responsável pela documentação e comprovação da interrupção da transmissão do vírus endêmico do sarampo e da rubéola.

(Sétima reunião, 28 de junho de 2007)

CE140.R11 A Malária nas Américas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO ,

Tendo considerado o relatório de progresso apresentado pela Diretora para malária nas Américas (documento CE140/10),

RESOLVE:

Recomendar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

A 27ª. CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório de progresso apresentado pela Diretora para malária nas Américas (documento CSP27/9), que examina o progresso em direção a alcançar a Iniciativa de Fazer Retroceder a Malária (2001–2010), e o avanço das Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas com malária para 2015 que propõe que os países-membros sigam seus esforços para combater a malária por meio do fortalecimento da capacidade nacional para conservar os avanços e reduzir ainda mais o ônus da doença;

Levando em consideração que o 46º Conselho Diretor (2005) reiterou aos países-membros, entre outras coisas, a reafirmar seu compromisso de estabelecer políticas e planos operacionais nacionais para garantir a acessibilidade às intervenções de controle e

prevenção para pessoas em risco ou acometidos pela malária a fim de conseguir uma redução do ônus da malária de, pelo menos, 50% até 2010 e 75% até 2015; alocar recursos nacionais, captar recursos adicionais e utilizá-los de modo eficaz na implementação de intervenções apropriadas de controle e prevenção da malária; e indicar um dia de controle da malária nas Américas para, todos os anos, reconhecer os esforços passados e atuais para o controle e prevenção da malária, promoção da conscientização e monitoramento do progresso;

Preocupado que a doença continue a ser um problema de saúde pública em vários territórios e que o aumento na migração interna e entre países aumente a vulnerabilidade de países endêmicos e não endêmicos a surtos de malária;

Reconhecendo o potencial para mobilizar apoio financeiro adicional do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, entre outras fontes; e

Ciente do relatório de malária apresentado pelo Secretariado da OMS à Sexagésima Assembléia Mundial da Saúde , e da Resolução WHA60.18 para malária, que inclui uma proposta da criação de "...Dia da Malária no dia 25 de abril, ou em dia ou dias similares como possam decidir os membros individualmente..."

RESOLVE:

1. Reiterar aos países-membros a:
 - a) Reafirmar seu compromisso de estabelecer e implementar políticas e planos operacionais nacionais a fim de garantir acessibilidade às intervenções de controle e prevenção para as pessoas em risco ou afetadas pela malária para obter uma redução do ônus da malária de, pelo menos, 50% até 2010 e 75% até 2015;
 - b) Melhorar os sistemas de vigilância em saúde, monitoramento e avaliação para calcular o progresso na redução do ônus da malária e prevenir o restabelecimento da transmissão nos lugares em que ela foi interrompida, em conhecimento dos requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI);
 - c) Alocar recursos nacionais, captar recursos adicionais e utilizá-los de modo eficaz na implementação de intervenções apropriadas de controle e prevenção da malária;
 - d) Fomentar e traduzir as recomendações e intervenções com base científica em políticas implantadas, se for apropriado, às especificidades individuais;
 - e) Avaliar a necessidade de pessoal, treinamento e outras reformas de gestão de

- recursos humanos para complementar as mudanças e integrar, institucionalizar e manter os esforços de controle e prevenção da malária no sistema de saúde;
- f) Comprometer-se com uma agenda multissetorial de múltiplas subdivisões para o desenvolvimento de infra-estrutura urbana a fim de abordar as diversas conseqüências para a saúde de doenças transmitidas por vetores, inclusive a malária;
 - g) Promover a comunicação, coordenação e colaboração entre as atividades de controle da malária e outras áreas da saúde pública, instituições e promoção da causa entre todos os interessados diretos e públicos destinatários;
 - h) Estabelecer o dia 6 de novembro como data para comemorar anualmente o Dia da Malária nas Américas.
2. Solicitar à Diretora a:
- a) Continuar a prestar cooperação técnica e coordenar os esforços a fim de reduzir a malária nos países endêmicos e prevenir a reintrodução da transmissão nos lugares onde a malária não é mais transmitida;
 - b) Criar e sustentar mecanismos para monitorar o progresso de programas de controle e prevenção anualmente e promover o compartilhamento de informações e intercâmbio da capacidade técnica entre os países;
 - c) Ajudar os países-membros, se apropriado, a desenvolver e implementar mecanismos eficazes e eficientes para captação e utilização de recursos, inclusive esforços para obter acesso a recursos e pôr em prática com êxito os projetos do Fundo Global;
 - d) Promover e ajudar os países-membros com a comemoração do Dia da Malária nas Américas.

(Sétima reunião, 28 de junho de 2007)

CE140.R12 Prêmio OPAS em Administração 2007

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração, 2007 (documento CE140/6, Add. II); e

Tendo em mente as disposições dos procedimentos e diretrizes para outorga do Prêmio OPAS em Administração, aprovados pela 18ª Conferência Sanitária

Pan Americana (1970) e emendados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994), pela 124ª sessão do Comitê Executivo (1999), pela 135ª sessão do Comitê Executivo (2004), e pela 140ª. sessão do Comitê Executivo (2007),

RESOLVE:

1. Tomar nota da decisão da Comissão Julgadora de outorgar o Prêmio OPAS em Administração, 2007, ao Dr. Mariano Reale, da Argentina, por sua contribuição para a modernização dos sistemas de saúde e previdência social ao fomentar a integração entre os setores público e privado, a criação de redes de profissionais nos diversos níveis de assistência de saúde e a adoção de novos modelos de financiamento para os setores público e de previdência social.
2. Encaminhar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana o relatório da Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração, 2007 (documento CE140/6, Add. II), juntamente com os procedimentos e diretrizes emendados.

(Oitava reunião, 28 de junho de 2007)

CE140.R13 Plano Regional de Ação para Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o Plano Regional de Ação para Recursos Humanos para a Saúde 2007–2015 (documento CE140/11);

Levando em consideração a urgência de um esforço coletivo para abordar a crise predominante nos recursos humanos para a saúde na Região das Américas e em escala mundial;

Ciente do fato de que são necessários esforços continuados ao longo do tempo para a obtenção de resultados importantes de recursos humanos baseados na saúde para o planejamento e política de saúde; e

Considerando que o sucesso para alcançar os objetivos fundamentais em saúde e do sistema de saúde, como acesso universal à assistência de saúde de qualidade e serviços depende em grande parte de uma força de trabalho competente, motivada e bem distribuída,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

A 27ª. CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo analisado o Plano Regional de Ação para Recursos Humanos para a Saúde 2007–2015 (documento CSP27/10);

Levando em consideração a urgência de um esforço coletivo para abordar a crise predominante de recursos humanos para saúde na Região das Américas e em escala mundial;

Ciente do fato de que são necessários esforços continuados ao longo do tempo para a obtenção de resultados importantes de recursos humanos baseados na saúde para o planejamento e políticas de saúde; e

Considerando que o sucesso para alcançar os objetivos fundamentais em saúde e do sistema de saúde, como acesso universal à assistência de saúde de qualidade e serviços depende em grande parte de uma força de trabalho competente, motivada e bem distribuída,

RESOLVE:

1. Reiterar aos países-membros a:
 - a) Considerar a possibilidade de elaborar um plano de ação nacional para recursos humanos para a saúde, com metas e objetivos específicos, um conjunto apropriado de indicadores e um sistema de seguimento, em grande parte com o propósito de fortalecer a atenção primária à saúde e capacidades de saúde pública integradas e garantir acesso a populações e comunidades subatendidas;
 - b) Estabelecer no ministério da Saúde uma estrutura específica responsável pela direção estratégica de planejamento e políticas de recursos humanos, promovendo o alinhamento adequado com as políticas dos sistemas de saúde e serviços e assegurando a coordenação intersetorial;
 - c) Buscar o desenvolvimento de uma massa crítica de líderes com competências especializadas na gestão para planejamento e políticas de recursos humanos nos níveis centrais e descentralizados;

- d) Comprometer-se com o cumprimento dos objetivos propostos do Plano Regional de Ação para Recursos Humanos para a Saúde 2007–2015 e intensificar a cooperação técnica e financeira entre países para apoiar ao Plano.
2. Solicitar à Diretora a:
- a) Cooperar com os países-membros no desenvolvimento de seus planos de ação nacionais para recursos humanos para a saúde 2007–2015 e promover e facilitar a cooperação técnica e financeira entre os países da Região;
- b) Apoiar ativamente o desenvolvimento dos planos de ação para recursos humanos para a saúde no âmbito sub-regional, em coordenação com instituições e organizações sub-regionais, a fim de enfrentar os desafios relacionados à dinâmica das fronteiras, mobilidade de profissionais da saúde e populações e outras questões de interesse comum;
- c) Comprometer a Rede Regional de Observatórios para Recursos Humanos para a Saúde no desenvolvimento de indicadores e sistema de seguimento para monitorar os objetivos de recursos humanos para a saúde 2007–2015, e gerar, organizar e facilitar o acesso ao conhecimento relevante às estratégias e intervenções de recursos humanos;
- d) Redobrar os esforços para desenvolver as comunidades regionais de prática e aprendizagem na gestão para planejamento e políticas de recursos humanos, inclusive esforços com o intuito de integração da atenção primária à saúde e saúde pública.

(Oitava reunião, 28 de junho de 2007)

CE140.R14 Modificações ao Regulamento do Pessoal da RSPA

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as modificações ao Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo ao documento CE140/25;

Levando em consideração as ações da 60ª Assembléia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Diretores Regionais, Subdiretores Gerais e do Diretor-Geral;

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

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

RESOLVE:

1. Estabelecer, com vigência a partir do ano letivo em curso em 1 de janeiro de 2007, as despesas máximas admissíveis e o máximo subsídio de educação nos Estados Unidos em US\$ 34.598 e \$25.949, respectivamente; as despesas máximas admissíveis e o máximo subsídio de educação para a área do dólar de Estados Unidos, fora dos Estados Unidos, em \$18.048 e \$13.536, respectivamente; e emendas aos requisitos de elegibilidade.
2. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as emendas ao Regulamento do Pessoal que foram feitas pela Diretora com vigência a partir de 1 de julho de 2007, relativamente a data de vigência do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e do Estatuto do Pessoal, licença no país de origem, licença especial, licença sem vencimento, licença para treinamento ou serviço militar, licença médica (licença para emergência familiar), licença por adoção, viagem de cônjuge e filhos, demissão voluntária, data de vigência da terminação, término de nomeação, licença anual, Junta de Apelação e Tribunal Administrativo.
3. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as emendas ao Regulamento do Pessoal que foram feitas pela Diretora com vigência a partir de 1 de janeiro de 2008, a fim de pôr em vigor a reforma contratual na Repartição Sanitária Pan-Americana, desde que a Assembléia das Nações Unidas primeiro aprove novas disposições contratuais para o Sistema Comum da ONU com as quais as emendas propostas estejam de acordo, com respeito especificamente a determinação de salários, salário base líquido na promoção a um grau superior, salário base líquido na redução de grau, pagamento do salário base líquido a pessoal temporário nas categorias profissional e superior, subsídio por dependentes, subsídio de educação e subsídio diferencial de educação, adicional por mudança de domicílio e condições de vida difíceis, subsídio por novo lugar de destino, adicional de serviço, políticas de nomeação, reintegração em virtude de reemprego, transferências entre organizações, término de período probatório, aumento dentro do mesmo grau, aumento meritório dentro do mesmo grau, promoção, redistribuição, redução de grau, licença anual, licença médica, licença-paternidade, viagem de funcionários, viagem de cônjuge e filhos, viagem relacionada com o subsídio diferencial de educação, remoção de utensílios domésticos, terminação por motivos de saúde, término de nomeação, abolição de cargo, término de nomeação temporária, desempenho insatisfatório ou inidoneidade para o serviço público internacional, pessoal de conferências e outro pessoal de serviço de curto prazo, consultores e oficiais profissionais de contratação nacional.

4. Estabelecer o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana a partir de 1 de janeiro de 2007 em \$168.826, antes de deduzidas as contribuições exigidas do pessoal, resultando num salário líquido modificado de \$122.737 (com dependente) ou \$111.142 (sem dependente).

5. Estabelecer o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana a partir de 1 de janeiro de 2007 em \$167.288 antes de deduzidas as contribuições exigidas do pessoal, resultando num salário líquido modificado de \$121.737 (com dependente) ou \$110.142 (sem dependente);

6. Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana que ajuste o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana adotando a seguinte resolução:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Considerando a revisão da escala de salário básico/mínimo para as categorias profissionais e superiores de pessoal, com vigência a partir de 1 de janeiro de 2007;

Levando em consideração a decisão do Comitê Executivo, em sua 140ª sessão, de ajustar os salários do Diretor Adjunto e do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan Americana; e

Inteirando-se da recomendação do Comitê Executivo com respeito ao salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana,

RESOLVE:

Estabelecer o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana a partir de 1 de janeiro de 2007 em US\$ 185.874, antes de deduzidas as contribuições exigidas do pessoal, resultando num salário líquido modificado de \$133.818 (com dependente) ou \$120.429 (sem dependente).

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

CE140.R15 Hospitais seguros: Iniciativa regional sobre os Serviços de Saúde Resistentes à Desastres

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora para a Iniciativa Regional para Hospitais Seguros (documento CE140/13) e ciente do benefício de forças de união reduzir risco de desastres de saúde,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

A 27ª. CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório da Diretora para a Iniciativa Regional para Hospitais Seguros (CSP27/12) e ciente do benefício de unir forças para reduzir o risco de desastres de saúde;

Considerando que o 45º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (2004) aprovou a Resolução CD45.R8 reiterando aos países-membros a adotar “Hospitais Seguros contra Desastres” como política nacional de redução de riscos e que 168 países adotaram a mesma meta na Conferência Mundial para Redução de Desastres como um das ações prioritárias a ser implementada até 2015;

Ciente de que, de acordo com dados fornecidos pelos países-membros da OPAS/OMS, 67% de seus serviços de saúde estão localizados nas zonas de risco de desastres e que, na última década, quase 24 milhões de pessoas nas Américas sofreram a perda da assistência de saúde por meses e, às vezes, anos devido a prejuízo aos serviços de saúde diretamente relacionado com desastres;

Levando-se em consideração que o colapso funcional é a principal causa para que os hospitais não funcionem após um desastre e que o acesso aos serviços de saúde é uma necessidade crítica para salvar vidas, principalmente durante emergências, e é uma responsabilidade principal do setor da saúde e também uma das Funções Essenciais de Saúde Pública;

Considerando que a Estratégia Internacional das Nações Unidas para Redução de Desastres (EIRD) decidiu organizar, para 2008–2009, a campanha mundial de hospitais seguros como um exemplo de uma entidade complexa que requer a colaboração de todos os setores, inclusive instituições financeiras, a fim de fazer com que os hospitais tenham capacidade de rápida recuperação aos desastres, e que a Organização Mundial da Saúde é a entidade técnica responsável pela campanha; e

Para contribuir significativamente para redução de risco de desastres na Região e levando-se em consideração que a campanha de hospitais seguros dará uma grande contribuição à ampla segurança dos hospitais, inclusive para a segurança de pacientes e saúde dos trabalhadores,

RESOLVE:

1. Reiterar aos países-membros a:
 - a) Assegurar que uma entidade específica em cada ministério da Saúde tenha a responsabilidade de elaborar um programa de redução de riscos de desastres;
 - b) Apoiar ativamente a campanha de hospitais seguros da EIRD 2008–2009 por meio de:
 - Estabelecer parcerias com interessados diretos dentro e fora do setor da saúde, como organizações nacionais de gerenciamento de desastres, instituições financeiras de planejamento nacionais e internacionais, universidades, centros científicos e de pesquisa, autoridades locais, comunidades, e outros contribuintes fundamentais;
 - Compartilhar e implementar boas práticas a fim de atingir progresso prático e significativo na iniciativa de hospitais seguros no âmbito nacional;
 - Assegurar que todos os novos hospitais sejam construídos com um nível de proteção que melhor garanta que eles continuarão sendo funcionais em situações de desastre e implementem medidas apropriadas de alívio para reforçar os serviços de saúde existentes;
 - c) Elaborar políticas nacionais para hospitais seguros, adotar normas e padrões nacionais e internacionais apropriados e monitorar a segurança da rede de serviços de saúde.
2. Solicitar à Diretora a:
 - a) Criar novas ferramentas para avaliar a probabilidade de que os serviços de saúde continuem sendo funcionais durante e após um desastre e auxiliar os países membros em sua execução;
 - b) Apoiar os países ao documentar e compartilhar boas práticas, assim como obter progresso na iniciativa de hospitais seguros;
 - c) Promover e fortalecer a coordenação e cooperação com organismos regionais e sub-regionais relacionados com a questão dos desastres.

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

CE140.R16 Estratégia para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o documento *Estratégia para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde nos Países das Américas* (documento CE140/15), apresentado pela Diretora

RESOLVE:

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da seguinte resolução:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA:

Tendo analisado o documento *Estratégia para Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde nos Países das Américas* (documento CSP27/13, apresentado pela Diretora;

Reconhecendo a importância da melhoria da cobertura e qualidade das estatísticas vitais e de saúde de modo a assegurar evidências mais confiáveis e válidas para a elaboração, implementação e monitoramento de políticas de saúde nos países e seguindo recomendações internacionais;

Motivada pela necessidade de melhores indicadores de qualidade no nível subnacional, nacional e regional para monitorar os compromissos internacionais como os estabelecidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (ICPD, Cairo, 1994), Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), a declaração dos países sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio (2000), Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerância Correlata (Durban, 2001) e outros compromissos específicos referentes à abordagem de direitos humanos no acesso a informações e evidências para a formulação de políticas;

Consciente dos esforços envidados até agora no sentido de elaborar instrumentos de análise da situação dos países em matéria de estatísticas e diagnóstico da situação regional;

Reconhecendo que a Secretaria necessita de um mecanismo permanente que contribua para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países da Região, conforme recomendado pelo Comitê Assessor Regional sobre Estatísticas de Saúde em 2003, e que esse mecanismo harmonize ações em cada país e entre os países e coordene

atividades na Organização e com outras agências internacionais de cooperação técnica e financiamento para promover o uso eficiente dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis na Região para fortalecer as estatísticas; e

Considerando a importância de uma estratégia que, de maneira contínua e permanente, sirva como guia para melhorar a cobertura e qualidade das estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) Endossar, conforme apropriado, a estratégia para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas, que leve à formulação de um plano de ação que promova dados e indicadores com maior cobertura e qualidade para a formulação e monitoramento de políticas de saúde;
 - b) Promover a participação e coordenação de escritórios de estatísticas nacionais e setoriais, registros civis e outros atores/usuários públicos e privados na análise da situação das estatísticas vitais e de saúde no nível nacional e subnacional e na formulação de seus planos de ação;
 - c) Coordenar com outros países da Região a implementação das atividades contidas em seus planos de ação e divulgação e uso de ferramentas que promovam uma melhor produção de estatísticas vitais e de saúde.
2. Solicitar que o Diretor:
 - a) Colabore com os Estados Membros na implementação da estratégia segundo o contexto e as prioridades de cada país, bem como na formulação, implementação e monitoramento do plano de ação, e promova a divulgação e uso dos produtos dela derivados na produção subnacional, nacional e regional de informações sobre saúde.
 - b) Promova a canalização de necessidades institucionais em termos de acesso a informações válidas e confiáveis para o desenvolvimento dos planos e programas da Organização mediante a estratégia, de modo a avançar na formulação do plano de ação.
 - c) Incentivar a coordenação do plano de ação mediante iniciativas semelhantes de outras agências internacionais de cooperação técnica e financiamento para fortalecer as estatísticas nos países.
 - d) Identificar os recursos humanos, tecnológicos e financeiros necessários para garantir a formulação e implementação do plano de ação para fortalecimento das

estatísticas vitais e de saúde nos países das Américas.

- e) Periodicamente informar aos Órgãos Diretores, através do Comitê Executivo, sobre o progresso e restrições avaliadas durante a implementação do plano de ação.

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

CE140.17 Prevenção e Controle da Dengue nas Américas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o documento *Prevenção e Controle da Dengue nas Américas: Abordagem Integrada e Lições Aprendidas* (documento CE140/17), apresentado pela Diretora;

Considerando os esforços de prevenção e controle da dengue envidados pelos países da Região e segundo as Resoluções CD43.R4 e CD44.R9 do Conselho Diretor da OPAS para a preparação e implementação da Estratégia de Gestão Integrada (EGI dengue), que apresenta como modelo para reduzir a morbidade e mortalidade de surtos e epidemias de dengue;

Reconhecendo que os surtos recentes de dengue e a complexidade da situação epidemiológica despertaram a conscientização acerca dos macrodeterminantes da transmissão, como a mudança climática, migração e urbanização descontrolada e sem planejamento, com a conseqüente proliferação de viveiros do mosquito *Aedes aegypti*, o principal vetor para transmissão do vírus da dengue; e

Tendo em mente que o progresso encorajador e os esforços envidados pelos países na luta contra a dengue na Região ainda não são suficientes e que a própria implementação da EGI-dengue possibilitou a identificação de deficiências e ameaças que demandam um estudo contínuo da dengue em todas as suas dimensões, magnitude e complexidade,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da seguinte resolução:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo estudado o documento *Prevenção e Controle da Dengue nas Américas: Abordagem Integrada e Lições Aprendidas* (documento CSP27/15), apresentado pela Diretora;

Considerando os esforços de prevenção e controle da dengue envidados pelos países da Região e segundo as Resoluções CD43.R4 e CD44.R9 do Conselho Diretor da OPAS para a preparação e implementação da Estratégia de Gestão Integrada (EGI dengue), que apresenta como modelo para reduzir a morbidade e mortalidade de surtos e epidemias de dengue;

Reconhecendo que os surtos recentes de dengue e a complexidade da situação epidemiológica despertaram a conscientização acerca dos macrodeterminantes da transmissão, como a pobreza, mudança climática, migração e urbanização descontrolada e sem planejamento, com a conseqüente proliferação de viveiros do mosquito *Aedes aegypti*, o principal vetor para transmissão do vírus da dengue; e

Tendo em mente que o progresso encorajador e os esforços envidados pelos países na luta contra a dengue na Região ainda não são suficientes e que a própria implementação da EGI-dengue possibilitou a identificação de deficiências e ameaças que demandam um estudo contínuo da dengue em todas as suas dimensões, magnitude e complexidade,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) Esforçar-se para resolver as deficiências e ameaças identificadas por cada país na preparação da EGI-dengue a fim de obter os resultados previstos com a implementação das estratégias nacionais.
 - b) Identificar e mobilizar recursos financeiros para promover a implementação das estratégias nacionais.
 - c) Prevenir a morbidade decorrente da dengue, atribuindo prioridade ao fortalecimento da rede de serviços de saúde de modo a oferecer atenção oportuna e adequada aos pacientes com casos sérios de dengue hemorrágica e síndrome de choque da dengue.
 - d) Promover políticas públicas intersetoriais para controlar os macrodeterminantes da transmissão da dengue, com atenção particular ao fortalecimento do planejamento urbano, redução da pobreza e saneamento ambiental (água, resíduos) de modo a permitir a prevenção sustentável da dengue e outras doenças transmitidas por vetores.
 - e) Efetuar a monitoração e avaliação sistemática da implementação da EGI-dengue em cada país, o que possibilitará dar continuidade às atividades e integrar novas ferramentas de controle da dengue.
 - f) Avaliar as evidências sobre a magnitude do problema de pneus usados e aterros

com embalagens plásticas descartadas, que podem representar uma crescente ameaça como viveiros potenciais para o mosquito transmissor da dengue, e incentivar parcerias entre o governo e o setor privado na busca de soluções.

- g) Destinar mais recursos financeiros nos casos apropriados, especificamente para melhorar a capacidade técnica dos recursos humanos e seu treinamento em campos negligenciados como entomologia e comunicação social para o desenvolvimento.
 - h) Promover pesquisas científicas sobre novas ferramentas técnicas e avaliação permanente das ferramentas existentes para assegurar o maior impacto em termos de prevenção e controle da dengue.
 - i) Aproveitar a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) para a detecção oportuna de casos.
2. Solicitar que o Diretor:
- a) Fortaleça a cooperação técnica entre os Estados Membros para impedir a transmissão da dengue na Região e reduzir o ônus social, econômico e político que a dengue representa.
 - b) Apóie parcerias estratégicas intersetoriais e o envolvimento de parceiros financeiros internacionais para apoiar a implementação e avaliação da Estratégia de Gestão Integrada para prevenção e controle da dengue em todos os países e sub-regiões das Américas, visando a reduzir os determinantes da transmissão.
 - c) Promover a preparação de um plano regional para uma resposta oportuna aos surtos e epidemias de dengue que têm aumentado ao longo dos anos nos países das Américas.

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

CE140.R18 Política e Estratégia Regional para assegurar a qualidade da atenção à saúde, incluindo a segurança do paciente

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o documento *Assegurar a Qualidade da Atenção à Saúde, Incluindo a Segurança do Paciente* (documento CE140/18), apresentado pela Diretora,

RESOLVE:

Recomendar à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da seguinte resolução:

A 27ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA:

Tendo analisado o documento *Assegurar a Qualidade da Atenção à Saúde, Incluindo a Segurança do Paciente* (documento CSP27/16), apresentado pela Diretora;

Considerando ser importante tomar medidas imediatas no nível nacional e regional para assegurar que os sistemas de saúde proporcionem uma atenção efetiva, segura, eficiente, acessível, apropriada e satisfatória aos usuários;

Reconhecendo a necessidade de políticas no setor da saúde que tenham impacto no contínuo da atenção à saúde, incentivem a participação dos cidadãos e promovam uma cultura de qualidade e segurança nas instituições de saúde;

Recordando a designação da garantia da qualidade nos serviços de saúde individuais e coletivos como uma Função Essencial de Saúde Pública (documento CD42/15 do 42º Conselho Diretor da OPAS (2002)) e reconhecendo com preocupação o fraco desempenho da Região nesse aspecto;

Considerando a Resolução WHA55.18, “Qualidade da Atenção: Segurança do Paciente”, da Assembléia Mundial da Saúde em 2002, que insta os Estados Membros a dar a maior atenção ao problema da segurança do paciente, bem como estabelecer e fortalecer os sistemas científicos necessários para melhorar a segurança do paciente e a qualidade da atenção;

Considerando a Declaração Regional sobre as Novas Orientações para a Atenção Primária à Saúde (Declaração de Montevideu), respaldado pelo 46º Conselho Diretor da OPAS (2005), a qual estabelece que os sistemas de saúde devem ser orientados para a segurança do paciente e a qualidade da atenção; e

Reconhecendo com satisfação as iniciativas e liderança de alguns Estados Membros da Região no campo da segurança do paciente e qualidade da atenção,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) Priorizar a segurança do paciente e a qualidade da atenção nas políticas e programas do setor da saúde, incluindo a promoção de uma cultura organizacional e pessoal de segurança do paciente e qualidade da atenção aos pacientes;
 - b) Destinar os recursos necessários para a formulação de políticas e programas nacionais que promovam a segurança do paciente e a qualidade da atenção;

- c) Incorporar a participação dos clientes nos processos de melhoria da qualidade da atenção à saúde;
 - d) Avaliar a situação do país em termos de segurança do paciente e qualidade da atenção, com o objetivo de identificar áreas prioritárias e estratégias de intervenção;
 - e) Formular e implementar intervenções que melhorem a segurança do paciente e a qualidade da atenção;
 - f) Colaborar com a Secretaria da OPAS na formulação de uma estratégia regional baseada em evidências que inclua resultados mensuráveis para melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção.
2. Solicitar que o Diretor:
- a) Enfatize aos Estados Membros, bem como aos fóruns sub-regionais, regionais e mundiais, a importância da melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção;
 - b) Gere e disponibilize informações e evidências que permitam uma avaliação científica da magnitude e evolução do desempenho no campo da qualidade da atenção, bem como a eficácia das intervenções;
 - c) Forneça assistência técnica aos países da Região na formulação e aplicação de soluções para melhoria da qualidade;
 - d) Promova a participação dos pacientes/clientes na formulação de políticas e soluções para melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção;
 - e) Lidere esforços para a criação de um observatório regional de segurança do paciente e qualidade da atenção;
 - f) Mobilize recursos que apoiem iniciativas de segurança do paciente e qualidade da atenção na Região;
 - g) Elabore, em consulta com os Estados Membros, uma estratégia regional de melhoria da segurança do paciente e qualidade da atenção.

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

CE140.R19 Agenda provisória da 27ª Conferência Sanitária Pan Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 140ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (documento CSP27/1) preparada pela Diretora para a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como anexo ao documento CE140/4, Rev.1; e

Tendo em mente as disposições do Artigo 7.F da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e do Artigo 8 do Regulamento Interno da Conferência,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (documento CSP27/1) preparada pela Diretora para a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Nona reunião, 29 de junho de 2007)

Decisões

CE140(D1) Aprovação da Agenda

Segundo o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê aprovou, sem modificação, a agenda submetida pela Diretora (documento CE140/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 25 de junho de 2007)

CE140(D2) Representação do Comitê Executivo na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Segundo o Artigo 54 do Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar sua Presidente (Venezuela) e Vice-Presidente (Antígua e Barbuda) para representar o Comitê na 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 59ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. O Comitê designou Canadá e Estados Unidos da América como representantes suplentes.

(Primeira reunião, 25 de junho de 2007)

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

ASSINADO em Washington, D.C., ao vigésimo nono dia do mês de junho do ano de dois mil e sete. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias aos países membros da Organização.

Nancy Pérez
Delegada da Venezuela
Presidente da 140ª Sessão
Do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária ex officio da 140ª Sessão
do Comitê Executivo

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Adoção da agenda
- 2.2 Representação do Comitê Executivo na 27^a Conferencia Sanitária Pan-Americana, 59^a sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda Provisória da 27^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 59^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS RELATIVOS AO COMITÊ

- 3.1 Relatório sobre a Primeira Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
- 3.2 Prêmio OPAS em Administração 2007
- 3.3 Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
- 3.4 Relatório anual do Escritório de Ética

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Proposta de plano estratégico 2008-2012
- 4.2 Proposta de orçamento por programas 2008-2009
- 4.3 Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas: Relatório de progressos realizados

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

- 4.4 Gripe aviária e Influenza Pandêmica: Relatório de progressos realizados
- 4.5 Malária nas Américas: Relatório de progressos realizados
- 4.6 Plano de ação regional de recursos humanos para a saúde 2007-2015
- 4.7 Preparativos para a mesa-redonda sobre segurança de saúde internacional
- 4.8 Iniciativa regional de hospitais seguros
- 4.9 Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo do útero
- 4.10 Estratégia para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países das Américas
- 4.11 Rostos, Vozes e Lugares: Resposta da comunidade aos Objectivos do Desenvolvimento do Milênio
- 4.12 Prevenção e controle da dengue nas Américas: enfoque Integrado e lições aprendidas
- 4.13 Política e Estratégia Regional para garantia da qualidade da atenção de saúde inclusive a segurança do paciente

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Normas Internacionais Contábeis do Setor Público
- 5.2 Plano Diretor de Investimentos de Capital
- 5.3 Relatório sobre arrecadação de cotas
- 5.4 Processo para a implantação da nova escala de cotas com Base na Nova Escala da OEA

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS *(cont.)*

5.5 Relatório financeiro interino do Diretor para 2006

5.6 Relatório sobre as atividades da Unidade de Serviços de Supervisão Interna

6. ASSUNTOS RELATIVOS AO PESSOAL

6.1 Reforma contractual na OPAS

6.2 Confirmação de emendas do Regulamento do Pessoal da RSPA

6.3 Intervenção do representante da Associação do Pessoal da RSPA

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL

7.1 Recursos humanos da RSPA - Perfil do pessoal

7.2 Resoluções e outras ações da 60ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS

7.3 Atualização referente ao processo de designação do Auditor Externo

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

<i>Documento oficial 326</i>	Relatório financeiro interino do Diretor para 2006
<i>Documento oficial 327</i>	Proposta de orçamento por programas 2008-2009
<i>Documento oficial 328</i>	Proposta de plano estratégico 2008-2012

Documentos de trabalho

CE140/1, Rev. 1	Adoção da agenda
CE140/3	Representação do Comitê Executivo na 27 ^a Conferencia Sanitária Pan-Americana, 59 ^a sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE140/4, Rev.1	Agenda Provisória da 27 ^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 59 ^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE140/5	Relatório sobre a Primeira Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
CE140/6 e Adds. I e II	Prêmio OPAS em Administração 2007
CE140/7	Organizações não-governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
CE140/8	Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas: Relatório de progressos realizados
CE140/9	Gripe aviária e Influenza Pandêmica: Relatório de progressos realizados
CE140/10	Malária nas Américas: Relatório de progressos realizados

Documentos de trabalho (cont.)

CE140/11	Plano de ação regional de recursos humanos para a saúde 2007-2015
CE140/12	Preparativos para a mesa-redonda sobre segurança de saúde internacional
CE140/13	Iniciativa regional de hospitais seguros
CE140/14	Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle de câncer do colo do útero
CE140/15	Estratégia para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde dos países das Américas
CE140/16	Rostos, Vozes e Lugares: Resposta da comunidade aos Objectivos do Desenvolvimento do Milênio
CE140/17	Prevenção e controle da dengue nas Américas: enfoque Integrado e lições aprendidas
CE140/18	Política e Estratégia Regional para garantia da qualidade da atenção de saúde inclusive a segurança do paciente
CE140/19	Normas Internacionais Contábeis do Setor Público
CE140/20	Plano Diretor de Investimentos de Capital
CE140/21 e Add. I	Relatório sobre arrecadação de cotas
CE140/22	Processo para a implantação da nova escala de cotas com Base na Nova Escala da OEA
CE140/23	Relatório sobre as atividades da Unidade de Serviços de Supervisão Interna
CE140/24 e Corrig.	Reforma contractual na OPAS
CE140/25 e Corrig.	Confirmação de emendas do Regulamento do Pessoal da RSPA

Documentos de trabalho *(cont.)*

CE140/26, Rev.1 Intervenção do representante da Associação do
Pessoal da RSPA

CE140/27 Relatório anual do Escritório de Ética

Documentos para informação

CE140/INF/1 Recursos humanos da RSPA: Perfil do pessoal

CE140/INF/2 Resoluções e outras ações da 60ª Assembléia Mundial da
Saúde de interesse do Comitê Executivo da OPAS

CE140/INF/3 Atualização referente ao processo de designação do
Auditor Externo

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Committee
Miembros del Comité**

***Antigua and Barbuda
Antigua y Barbuda***

Hon. H. John Maginley
Minister of Health, Sports, and Youth Affairs
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and Youth Affairs
St. John's

***Canada
Canadá***

Mr. Gordon Taylor Lee
Acting Director
International Health Policy and Communications Division
International Affairs Directorate
Health Policy Branch
Health Canada
Ottawa

Mr. Nick Previsich
Senior Science Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Canada (cont.)

Canadá (cont.)

Mr. Robert Clark
Associate Chief
Public Health Officer
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Basia Manitius
Alternate Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Chile

Dr. Osvaldo Salgado
Jefe de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. Natalia Meta
Asesora de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Luis Petit-Laurent
Segundo Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Cuba

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

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses
Washington, D.C.

Panama
Panamá

Lic. Cirilo Lawson
Director General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Lic. Marco Williams
Asistente Ejecutivo del Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Jorge H. Miranda Corona
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Panamá ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Milton Ruiz
Consejero Cultural y de Turismo
Misión Permanente de Panamá ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Trinidad and Tobago
Trinidad y Tabago

Dr. Rohit Doon
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Asif Ali
Director
Finance and Projects
Ministry of Health
Port-of-Spain

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. Mark A. Abdoo
Special Assistant to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized Agencies
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Rosaly Correa-de-Araujo
Director
Office of the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Dr. Erik Janowsky
Population, Health and Nutrition Team Leader
Latin American and Caribbean Bureau
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Health Sector Reform Adviser
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Deputy Director for Policy
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Heather Ward
Program Analyst
Office of U.N. System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Members of the Committee (cont.)
Miembros del Comité (cont.)

Uruguay (cont.)

Dra. Luján Flores
Embajadora de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministra Dra. Graziella Reyes
Representante Alterna de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Cristina Carrión
Ministra Consejera
Misión Permanente de Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

Dra. Nancy Pérez
Viceministra de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Sra. Carmen Luisa Velásquez-Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Nelson Pineda
Jefe Alterno
Misión Permanente de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**Other Member and Participating States
Otros Estados Miembros y Participantes**

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Regulaciones Sanitarias
e Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Bolivia

Ms. Erika A. Dueñas Loayza
Consejera
Embajada de Bolivia ante la Casa Blanca
Washington, D.C.

Brazil

Brasil

Sr. Santiago Luís Bento Fernandez Alcázar
Conselheiro
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Carlos Felipe Almeida D' Oliveira
Assessor do Ministro da Saúde
e Coordenador do SGT 11 Saúde/MERCOSUL
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Sérgio Gaudêncio
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Other Member and Participating States (cont.)
Otros Estados Miembros y Participantes(cont.)

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Ministro Lineu de Paula
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Marcos Arbizu de Souza Campos
Conselheiro da Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Colombia

Sr. Juan Claudio Morales
Consejero
Misión Permanente de Colombia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

France

Francia

Mme Elizabeth Connes-Roux
Observatrice permanente adjointe de la France près
de l'Organisation des États Américains
Washington, D.C.

Mexico

México

Lic. Mauricio Bailón González
Director General
Dirección General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

**Associate Members
Miembros Asociados**

Mexico (cont.)

México (cont.)

Lic. Héctor A. Rangel Gómez
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Puerto Rico

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Asesor del Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

**Observer States
Estados Observadores**

Spain

España

Dr. Juan Romero de Terreros
Embajador, Observador Permanente de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. José María de la Torre
Observador Permanente Alterno de España
ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Portugal

Sra. Ana María Pires Monteiro
Attaché
Embaixada do Portugal
Washington, D.C.

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

***Inter-American Institute for Cooperation on Agriculture
Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura***

Sr. John Passino

***Inter-American Development Bank
Banco Interamericano de Desarrollo***

Sr. André Medici

**Representatives of Nongovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones No Gubernamentales**

***Inter-American Association of Sanitary and Environmental Engineering
Asociación Interamericana de Ingeniería Sanitaria y Ambiental***

Ing. Carlos Alberto Rosito

***Latin American Association of Pharmaceutical Industries
Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas***

Dr. Rubén Abete

***Medical Confederation of Latin America and the Caribbean
Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe***

Dr. Marco Antonio Becker
Dr. Dardeg De Souza Aleixo
Dr. Edson De Oliveira Andrade
Sr. Frederico Henrique de Melo

Representatives of Intergovernmental Organizations (cont.)
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales (cont.)

National Alliance for Hispanic Health
Alianza Nacional para la Salud Hispana

Mrs. Marcela Gaitán

United States Pharmacopeia

Dr. Victor Pribluda

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. Mirta Roses Periago
Director/Directora

Advisers to the Director
Asesores de la Directora

Dr. Cristina Beato
Deputy Director/Directora Adjunta

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Mr. Michael A. Boorstein
Director of Administration/Director de Administración