



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



138ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 19-23 de junho de 2006

Tema 3.2 da Agenda Provisória

CE138/6 (Port.)
15 maio 2006
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 40ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

1. O Subcomitê de Planejamento e Programação realizou a sua 40ª Sessão na sede da Organização, em Washington, D.C., em 20 e 23 de março de 2006.
2. A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo: Argentina, Barbados, Canadá e Venezuela; e designados pela Diretora:, Costa Rica, Nicarágua e Paraguai. Estiveram também presentes observadores de Brasil e México.
3. Foram eleitos para fazer parte da mesa os representantes de Costa Rica (Presidente), Venezuela (Vice-presidente) e Paraguai (Relator).
4. Durante a sessão, consideraram-se os seguintes temas da agenda provisória :
 - Relatório especial sobre o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana/Escritório Regional da OMS para as Américas à região atingida pelo tsunami,
 - Relatório de progresso do Grupo de Trabalho para Dinamização dos Mecanismos de Governança da OPAS
 - Atualização no processo de fortalecimento institucional da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - Implementação da gestão baseada em resultados no sistema das Nações Unidas
 - Plano de ação para implementação da gestão baseada em resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana
 - Desempenho financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde em 2004–2005: Resumo dos recursos financeiros e tendências

- Metodologia para a formulação do Plano Estratégico da RSPA 2008–2012 e proposta de Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017
 - Planos de saúde pública para as Américas: Estrutura conceitual e processo
 - Estrutura da OPAS para captação de recursos
 - Estratégia regional para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde
 - Estratégia e plano de ação regionais para nutrição e desenvolvimento
 - Análise dos centros pan-americanos
 - Pandemia de influenza: Relatório de progresso
5. No item ‘Outros Assuntos’ também foram considerados os seguintes temas: Avaliação de programas pela divisão de Serviços de Supervisão Interna; Preparação de *Saúde nas Américas, edição de 2007*; Agenda da 138^a sessão do Comitê Executivo ; Documentos para os Órgãos Diretivos: preparação e cronogramas.
6. Em anexo, encontra-se o relatório final da sessão.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



40ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., 20-22 março 2006

CE138/6 (port)
Anexo

SPP40/FR (Port.)
22 de março de 2006
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa Diretora	3
Abertura da sessão	3
Aprovação da agenda e programa das reuniões	4
Apresentação e discussão dos temas	4
Relatório do progresso do Grupo de Trabalho para a Simplificação dos Mecanismos de Governança da OPAS	4
Atualização do processo de fortalecimento institucional da Repartição Sanitária Pan-Americana	5
Implementação da gestão baseada em resultados no sistema das Nações Unidas	8
Plano de ação para implementação da gestão baseada em resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana.....	14
Desempenho financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde em 2004-2005: Resumo dos recursos financeiros e tendências	18
Metodologia para a formulação do Plano Estratégico da RSPA 2008-2012 e proposta de Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017	23
Planos de saúde pública para as Américas: Estrutura conceitual e processo	28
Estrutura da OPAS para captação de recursos	32
Estratégia regional para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde.....	36
Estratégia e plano de ação regionais para nutrição e desenvolvimento.....	40
Análise dos centros pan-americanos	45
Pandemia de influenza: Relatório de progresso	48
Outros assuntos	52
Avaliação de programas pela divisão de Serviços de Supervisão Interna	52
Preparação de <i>Saúde nas Américas, edição de 2007</i>	53
Agenda da 138 ^a sessão do Comitê Executivo	53
Documentos para os Órgãos Diretivos: Preparação e cronogramas.....	55
Encerramento da sessão	55
Anexo A: Agenda	
Anexo B: Lista dos documentos	
Anexo C: Lista dos participantes	

RELATÓRIO FINAL

1. A 40ª sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na Sede da Organização em Washington, D.C., de 20 a 23 de março de 2006.

2. Compareceram à reunião representantes dos seguintes Membros do Subcomitê eleito pelo Comitê Executivo ou designado pela Diretora: Argentina, Barbados, Canadá, Costa Rica, Paraguai e Venezuela. Os representantes do Brasil, México e Estados Unidos compareceram na qualidade de observadores.

Mesa Diretora

3. Os seguintes Estados-Membros foram eleitos para constituir a Mesa Diretora do Subcomitê para a 40ª sessão:

Presidente: Costa Rica (Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal)

Vice-presidente: Venezuela (Sra. Rosicar Mata León)

Relator: Paraguai (Dr. Roberto Dullak Peña)

4. A Dra. Mirta Roses Periago (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como secretária *ex officio*, e a Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS) atuou como secretária técnica.

Abertura da sessão

5. A Diretora inaugurou a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, observando que o Subcomitê estaria examinando vários assuntos de extraordinária importância à vida da Organização. Ela e o restante do pessoal do Secretariado esperavam receber a orientação dos Membros sobre estes assuntos.

6. A Dra. Sáenz Madrigal deu também suas boas-vindas e agradeceu aos Membros por terem eleito a Costa Rica como Presidente do Subcomitê. Ela estava especialmente grata por ter a oportunidade de representar seu país nesta função no presente ano, que marcaria o final do mandato da Costa Rica no Comitê Executivo e seu mandato como ministra da Saúde.

Aprovação da agenda e programa das reuniões (Documentos SPP40/1, rev. 1 e SPP40/WP/1)

7. Em conformidade com o Artigo 2 de seu Regulamento Interno, o Subcomitê aprovou a agenda provisória apresentada pela Diretora. O Subcomitê também aprovou um programa de reuniões. A pedido do Canadá, o Subcomitê concordou que a preparação e cronograma dos documentos para os Órgãos Diretivos seriam discutidos sob “Outros Assuntos”.

Apresentação e discussão dos temas

Relatório de progresso do Grupo de Trabalho para Dinamização dos Mecanismos de Governança da OPAS (Documento SPP40/6)

8. O Sr. Nick Previsich (Canadá, diretor do Grupo de Trabalho para Dinamização dos Mecanismos de Governança da OPAS) apresentou o relatório do Grupo de Trabalho, enfatizando a franqueza e imparcialidade que haviam caracterizado os debates durante a primeira reunião do Grupo, realizada em 5 e 6 de dezembro de 2006 na sede da OPAS. Ele recordou que o Grupo de Trabalho foi estabelecido em conformidade com a Decisão CE137(D5) do Comitê Executivo. Em sua primeira reunião, o Grupo havia concordado com seus termos de referência, programa, metodologia de trabalho e cronograma. Havia sido considerado também a reforma e simplificação do Subcomitê de Planejamento e Programação e a reforma e simplificação do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento. Também haviam sido discutidos diversos assuntos em relação com o Regulamento Interno dos Órgãos Diretivos e a eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana. A segunda reunião seria realizada imediatamente depois da 40ª sessão do Subcomitê, em 23 e 24 de março de 2006. Um resumo das decisões e das deliberações do Grupo de Trabalho e uma lista dos assuntos a serem considerados na segunda reunião se encontravam no Documento SPP40/6.

9. O Delegado da Argentina (presidente do Comitê Executivo) afirmou que a reunião havia sido extremamente produtiva e agradeceu ao Diretor por sua eficiência ao conduzir as deliberações. Ele estava seguro de que as futuras reuniões do Grupo de Trabalho seriam igualmente proveitosas.

10. A Diretora perguntou se o apoio que o Grupo de Trabalho havia recebido do Secretariado até o momento havia sido adequado.

11. O Sr. Previsich respondeu que o Grupo de Trabalho havia recebido excepcional apoio do Secretariado e agradeceu à Diretora e outro pessoal envolvido por seu empenho. Observando que haviam sido feitos poucos comentários pelo Subcomitê no relatório, ele disse que esperava que a maioria dos Membros estivesse planejando comparecer à segunda reunião do Grupo de Trabalho e que portanto estavam postergando seus

comentários para aquela ocasião. De forma alguma a falta de debate dentro do Subcomitê indicava falta de entusiasmo com o trabalho do Grupo. Pelo contrário, os Estados-Membros haviam demonstrado muito interesse nos mecanismos de governança em discussão. Ele pedia aos delegados que não estavam planejando comparecer à segunda reunião que lhe fornecessem suas observações para serem transmitidas ao Grupo de Trabalho.

12. A Presidente enfatizou a importância da ampla participação pelos Estados-Membros no trabalho do Grupo de Trabalho e reiterou a todos os países que não eram membros do Grupo a participar de suas reuniões ou enviar suas observações ao Diretor.

Atualização no processo de fortalecimento institucional da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento SPP40/7)

13. A Diretora descreveu o progresso feito no processo de fortalecimento institucional desde seu último relatório aos Órgãos Diretivos em setembro de 2005, destacando em particular os passos que haviam sido dados para o cumprimento das Resoluções CD46.R2 e CD46.R8, adotada pelo 46º Conselho Diretor no ano anterior, e enfatizando o compromisso do Secretariado em implementar as recomendações do Grupo de Trabalho para OPAS no século XXI (Documento CD46/29), os relatórios do Auditor Externo e Serviços de Supervisão Interna (Documento CD45/29 e CD46/24) e a Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas (Documento CD46/23, Adendo I), assim como o próprio Plano Estratégico para 2003–2007.

14. Ela começou por revisar os antecedentes do processo de fortalecimento institucional e seus três componentes: as ações do desenvolvimento, as iniciativas transformacionais e redes. Ela depois passou a descrever o progresso feito até o momento em cada um dos componentes, vinculando a ação empreendida em cada caso a um dos cinco objetivos estratégicos para reforma organizacional (apresentado em uma matriz no Documento SPP40/8). Ela também forneceu uma atualização sobre o progresso obtido sob o Guia para Reforma Organizacional, observando que informações adicionais sobre as várias das iniciativas do Guia seriam apresentadas ao Subcomitê em separado nos pontos da ordem do dia. Ela depois examinou a experiência adquirida com o processo durante o último ano (Documento SPP40/8, parágrafos 11–13). Em sua opinião, uma área em que ainda havia trabalho significativo a ser realizado foi a internalização dos princípios valores filosóficos básicos da Organização por parte do pessoal e a comunicação destes princípios e valores aos parceiros externos. Os princípios do pan-americanismo, da solidariedade e da equidade que respaldavam o trabalho da OPAS ainda não eram plenamente entendidos. Contudo, havia sido feito progresso importante para estabelecer o trabalho em equipe, não só por causa do trabalho em equipe, mas porque o pessoal havia compreendido seu valor e proveito e havia visto que era a maneira mais eficaz de responder às necessidades dos Estados-Membros.

15. Ela concluiu ao expressar seu agradecimento ao Governo do Canadá por ter incluído um componente de apoio ao processo de fortalecimento institucional em sua recente contribuição à Organização através da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI). O Canadá foi o primeiro país-membro a assinalar seu apoio especificamente para esta finalidade.

16. O Subcomitê agradeceu à Diretora por seu relatório e apresentação abrangente e expressou seu apreço pelo compromisso contínuo do Secretariado com o fortalecimento institucional. Os membros elogiaram o progresso feito na complexa tarefa de consolidar e implementar as diversas recomendações e propostas do Grupo de Trabalho para OPAS no século XXI, do Auditor Externo, dos Serviços de Supervisão Interna e da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas. O Secretariado foi incentivado a seguir seu empenho para completar as reformas institucionais propostas até o final de 2007 a fim de estabelecer uma plataforma sólida para lançar e realizar o plano estratégico para o próximo quinquênio, 2008–2012.

17. Os delegados elogiaram a liderança da OPAS ao organizar a resposta regional à ameaça da influenza aviária e pandemia de influenza humana e incentivaram a Organização a continuar seus esforços de coordenar seu trabalho com o trabalho de outras organizações a fim de fazer uso mais eficiente dos recursos e assegurar as medidas preparatórias dos Estados-Membros. Os delegados também elogiaram o desenvolvimento de modalidades novas e inovadoras de cooperação técnica e o fortalecimento da cooperação centrada no país.

18. Várias observações e sugestões específicas foram feitas em relação à informação apresentada no relatório. Um delegado sugeriu que a função dos centros colaboradores da OMS deveria ser examinada em maior profundidade e que os “casos exemplares” — ou seja, exemplos de cooperação técnica eficaz dos centros com países nas Américas — deveriam ser comunicados de forma melhor. Outro delegado sugeriu que a “experiência adquirida” deveria incluir lições aprendidas não só na perspectiva do Secretariado, como também das representações nos países e centros pan-americanos. Com relação à iniciativa do Guia, o mesmo delegado era de opinião que, além do prazo para finalização das diversas iniciativas, os indicadores deveriam identificar o que resultados foram esperados de cada iniciativa e como estes resultados seriam integrados no trabalho diário da Organização. Uma terceira delegada perguntou quais as medidas estavam sendo tomadas para a aumentar a porcentagem do pessoal que havia completado divulgação das declarações de interesse, que, segundo o relatório da Diretora, atualmente era de 70%. Ela também pediu esclarecimento se a vaga de ombudsman havia sido preenchida e solicitou outras informações sobre a pesquisa de mercado mencionada na apresentação da Diretora.

19. A Diretora, respondendo às observações do Subcomitê, disse que o Secretariado tinha obrigação de apresentar tais relatórios periodicamente aos Estados-Membros,

inclusive não só aos representados nas reuniões dos Órgãos Diretivos ao longo do ano, mas a todos os Estados-Membros. O Secretariado estava portanto trabalhando por meio das representações nos países para assegurar que os documentos e as apresentações preparados para os Órgãos Diretivos fossem amplamente difundidos e discutidos, não só por equipes dentro da representação nos países como também com funcionários nacionais. De modo semelhante, o Secretariado estava buscando contribuições por parte das representações nos países e os centros pan-americanos sobre o processo de fortalecimento institucional e havia incorporado as contribuições das “lições aprendidas” no relatório.

20. Era verdade que a implementação dos diversos conjuntos de recomendações era uma tarefa complexa. Porém, era importante ter em mente que, apesar de suas origens e orientações distintas, as diversas iniciativas de reforma haviam sido dirigidas essencialmente a dois objetivos: a identificação dos principais desafios de saúde pública na Região e determinar as respectivas funções dos países e do Secretariado deveriam ter ao abordar estes desafios. O esforço para convergência e consolidação das recomendações havia ajudado o Secretariado a concentrar o processo de fortalecimento institucional, que era evidentemente um processo evolutivo em curso, que prosseguiria à medida que o Secretariado buscava adaptar-se à realidade externa em transformação.

21. Como o Subcomitê havia observado, a ameaça de influenza havia proporcionado a oportunidade de fortalecer a posição estratégica da Organização e havia permitido trabalhar de uma maneira muito mais integrada com países, com outros organismos e com o público. Também havia proporcionado uma oportunidade de melhorar os diversos instrumentos de comunicação, em particular o website da OPAS. Ela concordou que a coordenação com outros organismos era essencial. O Secretariado havia feito um esforço considerável para persuadir os organismos responsáveis pela saúde animal a assumir um papel maior na resposta à ameaça de influenza. Obteve mais com êxito com o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) que com a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) ou a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE), que tinha uma presença muito limitada nos países da Região. Porém, o Secretariado estava ainda trabalhando para conseguir maior participação destes organismos globais.

22. Ela recebeu de bom grado a sugestão para uma análise mais minuciosa do papel dos centros colaboradores da OMS e disse que o Secretariado se esforçaria em redigir um documento sobre o tema para consideração futura pelos Órgãos Diretivos. A OPAS havia organizado várias reuniões dos Centros Colaboradores com o intuito de fazer com que o pessoal nacional se desse mais conta de seu conhecimento especializado e sua capacidade de apoiar o trabalho de saúde nas Américas. Os Centros tinham um papel crucial a desempenhar na implementação de planos de saúde pública regionais, um assunto que seria tratado mais a fundo quando o Subcomitê considerasse o tema intitulado “Planos de Saúde Pública para as Américas: Estrutura Conceitual e Processo”. Além de promover o

trabalho das instituições reconhecidas como centros colaboradores da OMS, o Secretariado estava tentando identificar outros centros de excelência nacionais que poderiam servir de fonte de conhecimento especializado em uma série de questões da saúde pública.

23. Com respeito à pesquisa de mercado, ela disse que, se o tempo permitir, o Secretariado pretendia apresentar outras informações sob “Outros Assuntos”. A pesquisa havia procurado determinar as percepções dos Estados-Membros da Organização. Talvez a conclusão mais notável havia sido que, apesar de ter mais de 100 anos de idade, a OPAS não era uma organização que havia permanecido estagnada; pelo contrário, havia conseguido se adaptar e mudar em resposta a circunstâncias em transformação.

24. Quanto à divulgação das declarações de interesse, a porcentagem do pessoal que havia assinado as declarações agora havia subido a 83% do total. Entre os diretores e gerentes, era de 95%. O Escritório do Assessor Jurídico estava trabalhando continuamente para ensinar o pessoal sobre o que constituía um conflito de interesses e para assegurar que todo o pessoal a quem dizia respeito apresentasse as declarações.

25. De modo semelhante, a Área da Gestão de Recursos Humanos continuou a trabalhar para implementar as diversas recomendações quanto ao recrutamento de pessoal. Obviamente, algumas mudanças — como um maior número de candidatas e ampliação da representação geográfica entre o pessoal — levariam tempo, mas ela desejava assegurar ao Subcomitê que havia em andamento esforços nesse sentido. O Secretariado esperava que, até final de abril de 2006, todos os postos críticos, inclusive o cargo de ombudsman, estivessem preenchidos.

26. Finalmente, no que se refere aos resultados esperados das iniciativas do Guia, ela explicou que, em muitos casos, os produtos destas iniciativas seriam trabalhar documentos para os Órgãos Diretivos, visto que muitas das iniciativas procuraram elaborar propostas de políticas ou estratégias que requereriam aprovação dos Estados-Membros. Uma vez aprovadas, as políticas e as estratégias resultantes guiariam o trabalho diário da Organização.

Implementação da gestão baseada em resultados no sistema das Nações Unidas

27. O Sr. Even Fontaine Ortiz (inspetor, Unidade de Inspeção Conjunta do Sistema das Nações Unidas) apresentou um resumo do padrão de referência que foi desenvolvido pela Unidade de Inspeção Conjunta para avaliar progresso na implementação da gestão baseada em resultados (GBR) no sistema das Nações Unidas. O padrão de referência havia surgido de uma análise aprofundada da experiência das diversas organizações das Nações Unidas ao aplicar a GBR. Entre os principais resultados, esta análise havia revelado que não havia nenhum modelo ou guia para a aplicação da gestão baseada em resultados, que era simplesmente uma estratégia administrativa. A natureza e as

características específicas de cada organização ditariam como a estratégia era aplicada. A análise também havia demonstrado que a GBR não podia ser implementada da noite para o dia e que não produziria resultados imediatos. A implementação da gestão baseada em resultados requeria uma mudança de mentalidade e estilo de administração e levava anos para que tal mudança ocorresse.

28. Parte da mudança que tinha de ocorrer na cultura administrativa era uma inversão do método tradicional de planejamento e orçamento em organizações do sistema das Nações Unidas. Em vez de planejar suas atividades com base no volume de recursos à sua disposição como havia sido feito no passado, no contexto atual de orçamento baseado em resultados, eles tinham de fazer o contrário: primeiro estabelecer os resultados esperados e depois planejar as atividades e identificar os recursos necessários para alcançá-los. A captação de recursos era um aspecto crítico da GBR. Um dos erros mais graves do sistema das Nações Unidas no passado haviam sido estabelecer objetivos grandiosos sem identificar o volume e a fonte dos recursos necessários para realizá-los. Um excelente exemplo eram as metas da Declaração do Milênio.

29. Também fundamental para a implementação com êxito da GBR era uma estrutura conceitual conjunta. Todos em uma organização, incluindo tanto o pessoal do secretariado como os Estados-Membros, tinham de ter a mesma compreensão da GBR e tinham de usar a mesma terminologia para falar dela. Outra condição importante era uma divisão clara do trabalho entre as diversas partes da organização. O papel dos Estados-Membros era, através dos órgãos diretivos da organização, fornecer orientação geral sobre os objetivos a serem alcançados, aprovar os recursos necessário para realizar os programas e fazer uma supervisão geral. Era de responsabilidade do Secretariado transpor os objetivos estabelecidos pelos Estados-Membros em programas e atividades. Os Estados-Membros deveriam se abster de se ocupar com a microgestão, mas isso não significava que o secretariado tinha carta branca para fazer o que quisesse. O secretariado deve ser responsável por utilizar os recursos de modo eficiente e transparente e deve comunicar regularmente aos Estados-Membros os resultados obtidos.

30. Com base em sua análise, os inspetores da Unidade de Inspeção Conjunta haviam identificado três pilares principais para o desenvolvimento de um sistema sólido de GBR. O primeiro era o ciclo do planejamento, programação, planejamento orçamentário, monitoramento e avaliação. O primeiro passo na gestão baseada em resultados eficaz era planejar as metas de longo prazo; o passo seguinte era converter estas metas em programas concretos a um prazo menor. A experiência havia demonstrado que um bom período de planejamento de longo prazo era de 12 anos, enquanto 6 anos eram um bom ciclo de programação. O terceiro passo era o planejamento orçamentário, quando os recursos eram alocados para atividades específicas. Os orçamentos em geral compreendiam um período de dois a três anos. O monitoramento e avaliação, obviamente, eram cruciais para avaliar a repercussão e mostrar como os recursos haviam

sido usados. Também forneciam a base para o ciclo seguinte de planejamento, programação e planejamento orçamentário.

31. O segundo pilar da gestão baseada em resultados era a delegação de autoridade e responsabilidade. A delegação de autoridade, com uma cadeia vertical clara de comando, era uma condição essencial para a implementação com êxito da gestão baseada em resultados. Para ser responsável pelos resultados, os gerentes tinham de ter autoridade para a tomada de decisões em todas as áreas em que eram responsáveis, inclusive a gestão dos recursos humanos e financeiros. A delegação de autoridade deveria ser bem documentada e apoiada por um bom sistema de informação administrativa.

32. Porém, autoridade não deve ser delegada a ninguém até que um sistema de responsabilidade estivesse em funcionamento. As pessoas autorizadas para gerir os recursos devem compreender as conseqüências de empregar mal tais recursos. Um sistema sólido de responsabilidade requer um quadro normativo claro — ou seja, um conjunto claro de regras — e um sistema de distribuição de justiça. O sistema tradicional baseado em cumprimento da responsabilidade deve ser substituído por sistemas baseados em desempenho e deve haver um sistema de bonificação para bom desempenho e sanções para o rendimento baixo embora este último seja praticamente desconhecido no sistema das Nações Unidas. Em condições ideais, o desempenho deve ser avaliado por meio de avaliações 360 graus. Outros requisitos para um bom sistema de responsabilidade eram que este deve ser aplicável em todos os níveis, de cima para baixo, e deve ser sustentado por sistemas sólidos de supervisão com a capacidade de avaliação, investigação e auditoria para detectar possíveis casos do abuso ou faltas graves.

33. O terceiro pilar era gestão do desempenho do pessoal e contratos. No sistema das Nações Unidas, a gestão do desempenho por muito tempo havia sido considerado um processo burocrático que era desconectado da razão de existência da organização. Para a gestão baseada em resultados ser eficaz, isso teve de mudar. Cada membro do pessoal precisava ter uma compreensão clara do seu papel a desempenhar para atingir os objetivos da organização. Isso era elaborado no plano individual de trabalho, que fornecia a base para monitorar o desempenho.

34. O sistema de avaliação do desempenho deve ser claro e objetivo e deve assegurar que as mesmas regras estejam sendo aplicadas a todo o pessoal. Os resultados de avaliações de desempenhos devem servir de base para ações de pessoal, inclusive promoção, ascensão na carreira e aumentos de salário. As promoções não devem ser concedidas automaticamente mas devem depender do desempenho adequado. Os acertos contratuais eram também um aspecto crucial da gestão do desempenho. Os contratos devem estar claramente vinculados ao desempenho. A experiência havia demonstrado que contratos indefinidos eram provavelmente muito compatíveis com a gestão baseada em resultados. Embora certamente fosse importante respeitar os acertos contratuais

existentes, para o pessoal recém-contratado, um esforço deveria ser feito para passar cada vez mais aos contratos indefinidos, com renovação dependendo do desempenho.

35. O Subcomitê gostou da apresentação que suscitou idéias a pensar e expressou firme apoio à gestão baseada em resultados. Porém, vários delegados comentaram que eles não estavam seguros sobre o que se esperava dos Estados-Membros com respeito a este assunto, em particular porque não havia sido fornecido documento de trabalho para permitir-lhes se preparar para discutir o tema.

36. Pediu-se ao Inspetor que tecesse comentários sobre como a gestão baseada em resultados poderia ter um impacto na prestação de cooperação técnica no caso específico da OPAS e, em particular, sobre como os diferentes níveis de desenvolvimento do sistema de saúde nos diversos países deveriam ser levados em consideração ao estabelecer objetivos comuns em um sistema baseado em resultados. Os delegados também perguntaram sobre qual o papel que os Estados-Membros poderiam desempenhar para avaliar a obtenção das metas de saúde em um sistema de avaliação 360 graus do desempenho.

37. Assinalou-se que a obtenção das metas regionais de saúde, como a erradicação da poliomielite ou a eliminação do sarampo, incluía necessariamente várias organizações e interessados. Um delegado questionou como, de um ponto de vista programático e de gestão, seria possível determinar a contribuição de cada ator para a obtenção da meta, e se afinal era realmente importante determinar isso. Talvez, ele sugeriu, o que importava era o alcance coletivo da meta. O mesmo delegado, embora considerasse importante a posição do Inspetor sobre a microgestão, observou que o que poderia ser percebido como microgestão pelos Estados-Membros às vezes era precisamente uma expressão saudável de interesse no trabalho do Secretariado. Os Estados-Membros eram acionistas na Organização, e, como tal, eles queriam naturalmente ver um retorno de seu investimento, a saber, melhorias na saúde. Era portanto aceitável que os Estados-Membros prestassem atenção a detalhes do trabalho do Secretariado.

38. Antes de responder às observações do Subcomitê, o Sr. Fontaine Ortiz quis destacar outro requisito crítico para a gestão baseada em resultados que ele havia deixado de mencionar em sua apresentação: a formação profissional de gerentes. Com frequência se assumia em organizações do sistema das Nações Unidas que as pessoas especialistas em seus campos respectivos também seriam bons gerentes. Isso não era necessariamente verdade. A administração era uma profissão especializada como qualquer outra e aqueles que tinham responsabilidades administrativas precisavam também ter uma formação profissional de como fazer uma gestão eficaz.

39. Passando às perguntas com respeito ao papel dos países ao avaliar o avanço das metas, ele explicou que as avaliações 360 graus eram concebidas principalmente para a avaliação do desempenho individual, não dos resultados de programas. Obviamente, os

dois estavam correlacionados; porém, o insucesso de um programa em alcançar seus objetivos poderia ser devido a fatores externos fora do controle do pessoal envolvido. Com respeito ao impacto de diferentes níveis de desenvolvimento entre os países, ele disse que os planos e objetivos tinham de ser estabelecidos levando-se em consideração as características, necessidades e nível de desenvolvimento de cada país. Por isso a Unidade de Inspeção Conjunta recomendava um enfoque de planejamento que procedia primeiro de baixo para cima e depois de cima para baixo. O planejamento deveria começar com a identificação das necessidades no âmbito nacional. Estas necessidades eram depois passadas ao âmbito regional, que determinavam quais os recursos estavam à disposição para atendê-las e estabelecia as prioridades com base na disponibilidade de recursos.

40. Uma questão que estava estreitamente relacionada com o planejamento e avaliação era a definição de indicadores, que com frequência era um ponto de impasse no sistema das Nações Unidas. Eram necessários imaginação e esforço por parte de organizações para elaborar os indicadores quantitativos e qualitativos para avaliar o desempenho dos programas e posteriormente utilizar os resultados de modo eficaz como base para o ciclo seguinte de planejamento. Atualmente, na maioria de organizações do sistema, muito tempo era dedicado ao planejamento e programação, enquanto que bem pouco tempo era empregado com a implementação. Em muitos casos, o planejamento era feito a cada três anos, que significava que um novo ciclo de planejamento era iniciado antes de finalizada a avaliação do ciclo anterior. Para uma boa gestão baseada em resultados, o ciclo tinha de ser mais longo. Por isso a Unidade de Inspeção Conjunta recomendava um ciclo de planejamento de 12 anos, um ciclo de programação de 6 anos e um ciclo de planejamento orçamentário e de implementação de 2 anos, durante os quais a organização poderia se concentrar para realizar as atividades programadas, fazendo os ajustes necessários para alcançar os objetivos a longo prazo.

41. O Subcomitê havia levantado uma questão que era um dos desafios fundamentais enfrentado pelo sistema das Nações Unidas atualmente: a necessidade de um enfoque integrado para o desenvolvimento. Tal enfoque requeria coordenação entre todas as diversas instituições envolvidas no trabalho de uma determinada questão. A Unidade de Inspeção Conjunta pretendia produzir um relatório sobre este tema no próximo ano. No momento, a melhor recomendação que ela poderia fazer era que as organizações deveriam continuar a se empenhar por coordenar seus esforços. Porém, era preciso perceber que tal coordenação era voluntária em ambos os lados, e que, do ponto de vista da gestão baseada em resultados, cada organização só poderia avaliar o que havia concordado em fazer. Não era possível avaliar o que outros organismos ou Estados-Membros haviam contribuído para a realização dos objetivos comuns.

42. A respeito da microgestão, ele enfatizou que havia uma diferença entre microgestão e transparência. Sem dúvida, os Estados-Membros tinham o direito de receber informação sobre como seus recursos estavam sendo usados e pedir esta

informação não representava microgestão. A participação nas decisões de contratação e outros assuntos administrativos corriqueiros, por outro lado, eram microgestão. Ele advertiu, porém, que os países deveriam ser cuidadosos quanto a fazer demandas excessivas de informação, que criava obstáculos ao progresso e tirava tempo do secretariado de fazer o que eles, os Estados-Membros, haviam solicitado.

43. Ele finalizou ao observar que, em 2004, a Unidade de Inspeção Conjunta havia produzido uma série de relatórios sobre a implementação da gestão baseada em resultados no sistema das Nações Unidas (Documentos JIU/REP/2004/5, 6, 7 e 8). Estes relatórios desenvolviam todas questões levantadas em sua apresentação. Estes documentos estavam disponíveis no website da Unidade (<http://www.unsystem.org/JIU/>).

44. A Diretora disse que seu objetivo ao convidar um representante da Unidade de Inspeção Conjunta a se dirigir ao Subcomitê havia sido proporcionar aos Membros subsídios para o debate do plano de ação da OPAS para a implementação da gestão baseada em resultados. Como o inspetor Fontaine Ortiz havia dito, era importante para todos os envolvidos ter a mesma compreensão conceitual e utilizar a mesma terminologia. Ela era de opinião de que teria sido difícil ao Secretariado elaborar um documento de trabalho conciso sobre o tema; porém, havia ampla documentação disponível no website da Unidade de Inspeção Conjunta e em outros locais.

45. Com respeito às perguntas que diziam respeito a como a GBR afetaria a prestação de cooperação técnica da OPAS e como o nível de desenvolvimento nacional da saúde era levado em consideração ao estabelecer metas regionais de saúde, ela explicou que eram determinados os objetivos comuns e depois era determinada a cooperação técnica necessária por cada país para alcançar estas metas, levando-se em consideração o nível de desenvolvimento da saúde, seus recursos, seu sistema de saúde e outros fatores. Alguns países na Região necessitavam obviamente de maior apoio para atingir e manter as melhorias em saúde. No entanto, os países menos desenvolvidos haviam conseguido manter as metas como a erradicação da poliomielite. Isso havia sido possível graças ao espírito de solidariedade que prevalecia dentro da OPAS, permitindo à Organização lidar com a especificidade que existia dentro da diversidade da Região para alcançar os objetivos comuns.

46. A OPAS pretendia passar para um sistema de avaliação 360 graus do desempenho. Não o havia feito ainda porque a mudança na cultura institucional à qual o Inspetor havia aludido não estava bastante avançada e ainda havia muito preconceito entre o pessoal contra tais avaliações. Ela era de opinião que estes vieses seriam dissipados, porém, quando o pessoal já tiver a experiência do enfoque de 360 graus. Este havia sido o caso de um grupo de gerentes da OPAS que haviam participado de um programa de desenvolvimento de liderança da OMS, todos os quais haviam passado por avaliações 360 graus. Todos haviam achado a experiência extremamente proveitosa.

47. Finalmente, ela desejava informar ao Inspetor que havia organizações no sistema das Nações Unidas que dispensavam pessoal por baixo desempenho e a OPAS era um delas. De fato, isso havia ocorrido em oito ocasiões nos três anos anteriores.

Plano de ação para implementação da gestão baseada em resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento SPP40/9)

48. A Sra. Dianne Arnold (diretora interina de Administração, OPAS) apresentou o plano de ação para a implementação da gestão baseada em resultados no trabalho do Secretariado, enfatizando que a GBR não era um novo conceito na OPAS; por muito tempo havia sido parte integrante do planejamento e sistema de avaliação da Organização (AMPES) e de outros instrumentos de planejamento e programação. Porém, embora a OPAS tenha tido muitas peças do quebra-cabeça da GBR implantadas por muitos anos, não dispunha de uma estrutura de gestão e de responsabilidade claramente articulada para agregar todas estas peças. O Estrutura de Responsabilidade da OPAS (descrito no Documento SPP40/9, parágrafo 7), atualmente em desenvolvimento, satisfaria esta necessidade. Outras atividades atualmente em andamento com o objetivo de completar a implementação da GBR incluíam planejamento de uma nova estrutura gerencial, replanejamento da delegação de autoridade e processos de avaliação periódicos, implementação de colaboração e instrumentos de intercâmbio de informações e a finalização do sistema de integridade e gestão de conflitos.

49. O Secretariado compreendia que a implementação completa da GBR seria um processo complexo e prolongado e que requereria uma mudança profunda na cultura institucional. Deste modo, as ações planejadas para o restante de 2006 incluíam comunicação dos instrumentos da GBR em toda a OPAS; formação profissional em GBR para todo o pessoal e cursos de desenvolvimento gerencial para assegurar que todos os gerentes tenham as habilidades gerenciais necessárias; redefinição dos processos de avaliação e tomada de decisões; implementação do sistema de integridade e gestão de conflitos, incluindo formação profissional para o pessoal; e avanço da implementação de instrumentos para compartilhamento de conhecimento.

50. Em 2007 e anos posteriores, o Secretariado se centraria no replanejamento dos sistemas de avaliação do desempenho de pessoal e sua vinculação aos objetivos programáticos; aperfeiçoamento dos processos de planejamento de recursos humanos e sua vinculação às competências necessárias para os resultados programáticos; melhora da capacidade de vincular os recursos gastos aos objetivos programáticos; e melhora dos mecanismos de relatório de atividades para a tomada de decisões transparente. Além disso, como a OMS e muitas outras organizações no sistema das Nações Unidas, a OPAS estudaria maneiras de simplificar a quantidade e tipos de contratos e tornar todo o processo de recrutamento e contratação mais transparente e mais fácil de gerir.

51. Solicitava-se ao Subcomitê que tecesse comentários sobre o plano de ação e compartilhassem boas práticas ou experiência adquirida com a implementação da GBR em instituições nacionais.

52. O Subcomitê recebeu com satisfação as medidas sendo adotadas para implementar integralmente a gestão baseada em resultados na OPAS e torná-la a força motriz atrás das práticas e cultura institucional da Organização. A vinculação da alocação de recursos e do desempenho individual aos objetivos de organização, em particular, era elogiável. Os delegados concordaram que, principalmente em uma instituição passando por tanta transição, era extremamente importante que todos compreendessem exatamente qual era a essência da Organização e como eles ajudavam-na a alcançar suas metas. Pediu-se ao Secretariado que tecesse mais comentários sobre como esta vinculação seria realizada.

53. Um delegado, observando que a OPAS não era o executor das intervenções na maioria dos casos, buscou esclarecer se a estrutura gerencial mencionada no parágrafo 8 do Documento SPP40/9 se centraria somente nos gerentes da OPAS ou também compreenderia questões gerenciais relativas às contrapartes da Organização, ministérios da Saúde e outros interessados diretos, que eram os executores das atividades no âmbito nacional. Com respeito à estrutura de responsabilidade, o mesmo delegado concordou que este deveria ser baseado no desempenho, em vez de ser administrativo e definido por regras, mas advertiu que a OPAS deve ter o cuidado de assegurar que os processos de responsabilidade não ficassem atolados, como havia ocorrido nos outros organismos das Nações Unidas.

54. Vários delegados relataram experiências e lições aprendidas com a implementação da GBR em instituições de saúde de seus respectivos países. Os delegados também expressaram a esperança de que, à medida que a OPAS desenvolvesse maior excelência pela OPAS na gestão baseada em resultados, ela prestaria cooperação técnica para ajudar as instituições nacionais a aperfeiçoar suas práticas de gestão.

55. O Delegado do Canadá disse que uma grande lição aprendida do processo no Health Canadá era que o uso de comprovações empíricas, embora muito importante para a tomada de decisões, era só um dos fatores impulsores que influenciavam as decisões. Outros fatores impulsores igualmente importantes eram atitudes sociais, valores e percepções públicas sobre o que poderia e deveria ser feito. Um terceiro fator impulsor que deveria ser considerado no planejamento era as plataformas dos partidos políticos, que determinavam as prioridades programáticas, seus objetivos e os indicadores resultantes. Uma outra lição aprendida se referia à questão formulada anteriormente pelo inspetor Fontaine Ortiz com respeito às sanções versus bonificações para o desempenho: a implementação com êxito da GBR requeria segurança por parte do pessoal de que eles não seriam punidos quando os resultados não condiziam com o planejado, mas que, ao contrário, eles seriam incentivados a fazer os ajustes necessários e avançar.

56. O Delegado da Argentina disse que a GBR havia sido implementada em seu país através de “compromissos de resultados de gestão” para cada unidade organizacional. O não cumprimento dos resultados esperados poderia afetar alocações posteriores de recursos à unidade. O Delegado da Costa Rica disse que as instituições em seu país haviam verificado que a grande vantagem da GBR era que proporcionava uma estrutura para alcançar os indicadores. Uma de suas limitações, porém, era a tendência de se centrar mais sobre a eficiência que na eficácia, que, como o Subcomitê tinha pleno conhecimento, era questão primordial nas intervenções de saúde. Além disso, havia às vezes desconexão entre a obtenção de resultados programáticos e melhora da situação da saúde, que era a meta máxima do trabalho do setor da saúde. Deste modo, ao avaliar os resultados, era necessário olhar não só como o desempenho individual estava contribuindo para o avanço dos objetivos programáticos mas também como o trabalho dos programas estava contribuindo para o avanço para a melhoria da saúde.

57. A Sra. Arnold agradeceu aos Membros por seus exemplos úteis de implementação da GBR em seus países e convidou os outros Estados-Membros também a compartilhar suas experiências. Ela não queria deixar a impressão ao Subcomitê de que não havia vinculação no momento entre os objetivos no nível individual e os objetivos no âmbito da unidade ou programa. De fato, cada membro do quadro pessoal elaborava objetivos em consulta com seu gerente, e então era responsabilidade do gerente assegurar que estes objetivos apoiassem diretamente o programa de trabalho e os resultados esperados. O Secretariado estava simplesmente procurando sistematizar e fortalecer este processo para permitir tanto gerentes como o pessoal entender melhor suas contribuições específicas ao trabalho geral da Organização.

58. A Diretora disse que uma das peças-chave que faltava na gestão baseada em resultados na OPAS havia sido uma estrutura conceitual formal respaldada pelos países que propiciaria uma compreensão comum do que a gestão baseada em resultados significava para uma organização como a OPAS. Os elementos do plano de ação propostos no Documento SPP40/9 estavam concebidos para fornecer esta estrutura. Outra peça que faltava havia sido o instrumento de planejamento de longo prazo mencionado anteriormente pelo inspetor Fontaine Ortiz. Antes de 1984, a Organização havia tido uma série de Planos de Saúde para as Américas de 10 anos, que representavam o desejo coletivo dos Estados-Membros e apresentavam os objetivos de saúde pública comuns que eles desejavam atingir em cada período de 10 anos. O Secretariado pretendia ressuscitar esta estrutura de planejamento de longo prazo na forma de Agenda de Saúde para as Américas, que o Subcomitê discutiria mais adiante. A OPAS necessitava de tal referencial para estabelecer a contribuição específica da Organização ao cumprimento dos objetivos dos países. Somente quando esta contribuição específica já estivesse estabelecida a Organização poderia assumir a responsabilidade e responder pelos resultados.

59. Uma vez que estabelecida a contribuição da OPAS, era preciso decidir qual seria a contribuição específica de cada parte do Secretariado (unidades técnicas, representações nos países, centros pan-americanos etc.). Em seguida, com base nestes resultados esperados, seria estabelecida a contribuição individual, que, por sua vez, forneceria a estrutura para avaliar o desempenho tanto pela Organização e seu Secretariado como por cada membro do pessoal.

60. A questão levantada pelo Delegado do Canadá com respeito a percepções do público era digna de menção. A OPAS tinha de estar atenta às percepções do público em geral e às percepções de seu próprio pessoal. Estas eram muito importantes porque, mesmo que não fossem baseadas em comprovações empíricas, como o Canadá havia dito, as percepções eram um fator-chave para convencer o pessoal e realizar a reforma interna que levaria à mudança necessária na cultura organizacional e, em última análise, ao sucesso da gestão baseada em resultados.

61. A pedido da Diretora, a Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS) respondeu aos assuntos a respeito da vinculação entre o planejamento e o sistema de avaliação da Organização (AMPES) e seu sistema de avaliação de desempenho. Ela enfatizou que era fundamental para a avaliação tanto do desempenho individual como de resultados de programa em um sistema de gestão baseada em resultados estabelecer bem claramente desde o princípio quais eram os resultados esperados e quem era responsável por atingi-los. Ao longo dos anos, o Secretariado havia sofisticado o AMPES de forma que agora era possível identificar quais unidades e membros do pessoal seriam responsáveis por cada resultado esperado incluído no orçamento bienal para programas. O que não havia tido êxito em fazer sistematicamente era tornar esta informação a base para estabelecer os objetivos de trabalho individual. Era este vínculo entre planejamento e recursos humanos que o Secretariado estaria trabalhando para fortalecer como parte do plano de ação para a implementação da GBR, com o objetivo de assegurar que o pessoal compreendesse que seu trabalho realmente importava e que os resultados por eles obtidos individualmente determinavam se a Organização como um todo alcançaria seus objetivos.

62. A Diretora acrescentou que um aspecto importante do trabalho em andamento com respeito à gestão do desempenho era o aperfeiçoamento do instrumento automatizado usado para esta finalidade a fim de identificar claramente a contribuição do indivíduo aos objetivos da sua unidade ou programa. Outro aspecto era a avaliação pelos pares dos programas de trabalho das diversas unidades. Dado que várias unidades contribuíam para o cumprimento dos objetivos de saúde pública, era importante, do ponto de vista da responsabilidade e avaliação do desempenho, que todos os envolvidos recebessem subsídios para a formulação do programa de trabalho com o objetivo de atingir os resultados esperados.

63. A Presidente observou que, em última análise, os Estados-Membros eram os responsáveis por obter os resultados de saúde. Porém, os países recebiam apoio para esta finalidade da OPAS e outros parceiros. Deste modo, na análise de saúde e planejamento no âmbito nacional, através da Estratégia de Cooperação de Países ou outros instrumentos, era importante que os governos distinguissem claramente o papel que eles esperavam que os diversos parceiros desempenhassem para atender às necessidades de cooperação de saúde do país. Sem esta clareza, seria muito difícil avaliar a contribuição de cada ator.

64. A Diretora concordou que era essencial que cada ator tivesse claro as responsabilidades que estava assumindo e o que concordava em responder. Como a saúde era influenciada por vários determinantes sociais, econômicos e ambientais, era também importante que o setor da saúde tivesse claro sobre qual papel desempenharia lado a lado com outros setores para atingir os objetivos nacionais de saúde. Como o inspetor Fontaine Ortiz havia assinalado, para que a gestão baseada em resultados funcionasse, estas expectativas tinham de ser especificadas desde o princípio no processo de planejamento geral e orçamentário.

Desempenho financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde em 2004–2005: Resumo dos recursos financeiros e tendências (Documento SPP40/INF/1)

65. A Sra. Sharon Frahler (gerente de área, Gestão Financeira e Relatório de Atividades, OPAS) abriu este tema, apresentando uma série de slides que complementaram a informação contida no Documento SPP40/INF/1 e destacou as tendências no desempenho financeiro da OPAS na última década. Ela começou por se concentrar nas cotas de contribuição, a parte mais crítica da receita da Organização. As arrecadações haviam aumentado significativamente nos dois últimos biênios. Em 2004–2005, arrecadações totais, inclusive as cotas do ano corrente e de anos prévios, foram as mais elevadas que haviam tido desde os princípios dos anos noventa. Mais importante, cada país-membro havia efetuado um pagamento. Até 20 de março de 2006, 19 países haviam efetuado os pagamentos para o ano corrente e 5 haviam pagado suas cotas integrais de 2006. O Secretariado valorizava muito os esforços dos Estados-Membros em liquidarem suas cotas com rapidez.

66. A Organização obteve receitas mistas de duas fontes: (1) juros obtidos com investimentos, lucros com o câmbio de moedas e outras fontes de renda; e (2) economia ou o cancelamento de dívidas de períodos anteriores. As receitas mistas eram difíceis de serem previstas por diversas razões. Primeiro, as projeções de receitas variadas eram feitas nos três anos anteriores ao final de cada biênio e era difícil prever como as condições econômicas poderiam mudar neste íterim. As receitas mistas também eram afetadas enormemente pelo juro ganho na carteira de investimentos da Organização. De 1994–1995 a 2000–2001, as taxas de juros haviam subido e os títulos em carteira haviam tido um crescimento constante. Os juros haviam caído drasticamente após isso,

resultando em uma perda de aproximadamente US\$ 10 milhões¹ no valor dos títulos em carteira e uma queda brusca nas receitas mistas em 2002–2003. Em 2004–2005 as taxas de juros haviam começado a aumentar novamente e a carteira havia se recuperado. Como o Secretariado esperava taxas de juros crescentes em 2006–2007, as receitas mistas projetadas eram de US\$ 14,5 milhões para o biênio atual, comparadas à projeção de US\$ 13,5 milhões para 2004–2005 (receitas mistas efetivas em 2004–2005 foram de US\$ 11,5 milhões).

67. A política de investimentos do Secretariado era conduzida por três princípios orientadores, o primeiro e mais importante era a preservação do capital. Sua preocupação principal com respeito ao investimento, e à gestão financeira em geral, era proteger o dinheiro confiado a ele pelos Estados-Membros. Em segundo lugar, o investimento precisa condizer com o uso destinado das verbas; em outras palavras, se um país-membro tiver dado dinheiro ao Secretariado para uma finalidade específica, como compra, estas verbas não poderiam ser investidas. Terceiro, o Secretariado procurava maximizar o retorno dos investimentos, mas sem pôr em risco as verbas dos Estados-Membros. Fazia investimentos conservadores, como certificados de depósito bancário e aplicações no mercado de curto prazo por períodos variáveis, tendo cuidado sempre de assegurar que liquidez suficiente para cobrir a folha de pagamento e outras obrigações.

68. Uma análise das tendências de financiamento nos 10 anos anteriores revelou que as cotas haviam permanecido relativamente estacionárias, assim como as receitas mistas e a maioria das demais fontes de receita. O Fundo Rotatório para Compra de Vacinas, por outro lado, havia crescido drasticamente, subindo de US\$ 53,4 milhões em 1996–1997 a mais de US\$ 302 milhões em 2004–2005. A capitalização do fundo também havia aumentado, de US\$ 7,1 milhões em 1995 para US\$ 34,9 milhões. Como os Membros estavam cientes, o Fundo Rotatório era um mecanismo através do qual a OPAS adquiria vacinas em nome dos Estados-Membros. Os países pagavam adiantado (para pedidos grandes) ou após a entrega dos pedidos das vacinas (necessário pagamento em 60 dias). O fundo era capitalizado a uma taxa de 3% cobrada pela Organização cobrada por seus serviços de compra.

69. No que se referia aos gastos, a tendência era semelhante. Em 2004–2005, os gastos haviam totalizado mais de US\$ 700 milhões, mais do que o dobro do que havia sido gasto em 1996–1997. Novamente, o Fundo Rotatório para Compra de Vacinas representava a maior parcela deste aumento.

70. A Sra. Frahler concluiu ao mencionar algumas das questões financeiras e desafios enfrentados pela Organização atualmente. Ela também descreveu algumas novas iniciativas de gestão financeira. Um dos principais desafios dos últimos anos havia sido

¹ A menos que indicado de outro modo, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

os serviços bancários e a introdução de rígidos controles bancários, incluindo o ajuste diário de todos os saldos de contas bancárias para prevenir fraude. O Secretariado estava atualmente examinando as melhores opções para os serviços bancários, inclusive serviços bancários eletrônicos, tanto para a sede da OPAS como para as representações nos países. Com a implementação satisfatória dos controles e medidas de segurança necessários, a intenção era transferir a responsabilidade de parte da gestão financeira e contábeis às representações nos países.

71. Várias novas iniciativas haviam reduzido custos e permitido ao Secretariado fazer mais sem empregar mais pessoal, inclusive a automatização dos processos financeiros e simplificação dos procedimentos de solicitação de reembolso de gastos de viagem e de compras. A negociação de um novo algoritmo para calcular a parcela da OPAS para os benefícios de seguro médico para os aposentados da OMS vivendo na Região havia resultado em uma economia de aproximadamente US\$ 2 milhões em 2004–2005 e continuaria a economizar dinheiro da Organização nos anos futuros.

72. A provável introdução das Normas de Contabilidade Internacionais de Setores Públicos (IPSAS) em 2010 representaria um grande desafio para o Secretariado, já que as IPSAS eram consideravelmente diferentes das atuais normas de contabilidade das Nações Unidas. Outros desafios futuros estavam descritos no Documento SPP40/INF/1 (parágrafo 17).

73. O Subcomitê agradeceu à Sra. Frahler por sua apresentação clara e informativa, que havia proporcionado aos Membros uma melhor idéia da complexidade de gestão dos fundos da Organização. Os delegados elogiaram o Secretariado por seus esforços em fazer economia de custos e para suas medidas proativas de combate a fraudes e agilização de diversos processos. Eles também elogiaram o sucesso da OPAS ao negociar preços favoráveis para vacinas e outras provisões de saúde pública, materiais didáticos e equipamento para os Estados-Membros.

74. Com relação aos desafios futuros, pediu-se ao Secretariado que tecesse comentários sobre qual o efeito da provável transição às IPSAS com respeito ao alinhamento com o Sistema de Gestão Global da OMS. A este respeito, uma delegada assinalou que, se as IPSAS forem adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, seria recomendável um enfoque de incorporação progressiva na sua implementação. Ela incentivou a OPAS a seguir este enfoque para que a transição seja mais suave. Ela também solicitou mais informações sobre os desafios específicos incluídos no alinhamento dos Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão da OPAS de alinhamento com os da OMS. Outro delegado indagou caso, como os aposentados da OMS quem nunca haviam trabalhado na Região estavam recebendo benefícios da OPAS, os aposentados das Américas que agora residiam em outras Regiões da OMS estavam recebendo benefícios dos escritórios regionais correspondentes. O mesmo delegado, observando que a Organização dos Estados Americanos (OEA) havia adotado

recentemente uma resolução a respeito da escala de cotas de contribuição dos Estados-Membros, perguntou quais implicações esta resolução teria para a Organização e para seus Membros, já que a OPAS fazia parte tanto do sistema das Nações Unidas como do sistema interamericano.

75. O Delegado do Canadá, aludindo ao parágrafo 8 do documento a respeito da alocação da OMS à Região, recordou que na sessão do Subcomitê de 2005, a Diretora havia recorrido aos Estados-Membros para que promovessem a causa junto à OMS para assegurar que as Américas recebessem uma parcela mais justa das contribuições voluntárias da OMS. Ele havia recentemente solicitado à OPAS informação sobre o assunto e ficou surpresa em saber que a Região só estava recebendo cerca de 1,2% das verbas extra-orçamentárias da OMS. Por exemplo, dos US\$ 99 milhões que a OMS havia recebido das fontes extra-orçamentárias para a vigilância de doenças transmissíveis, somente US\$ 84 mil haviam chegado às Américas. Os recursos extra-orçamentários da OMS para o controle da tuberculose totalizaram US\$ 117 milhões, mas as Américas haviam recebido somente US\$ 913 mil. Ele recomendava que tais informações fossem disponibilizadas amplamente para os Estados-Membros na Região a fim de prepará-los para exercer pressão política de modo eficaz em favor de uma parcela maior das contribuições voluntárias da OMS para as Américas.

76. Respondendo às perguntas do Subcomitê, a Sra. Frahler disse que, embora houvesse alguns aposentados da OPAS vivendo fora as Américas, eles eram em número bem reduzido. Havia um número bem maior de aposentados da OMS que haviam decidido se aposentar nas Américas, embora eles nunca tivessem trabalhado na Região. Com respeito aos desafios incluídos no alinhamento das Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão da OPAS com os da OMS, um dos grandes desafios estava relacionado à gestão dos fundos fiduciários dados à Organização pelos Estados-Membros para projetos específicos. Segundo o projeto das novas regras, a OMS propunha creditar os fundos fiduciários às suas contas e começar a implementar o projeto no dia em que o acordo com o país-membro era assinado, mesmo que os fundos não tenham sido efetivamente recebidos. Isso significava que, pelo menos no início, a OMS iria implementar o projeto com suas próprias verbas. Ela poderia fazer isso porque dispunha de um fundo de capital de giro bem maior e porque a OMS, diferentemente da OPAS, tinha a opção de empréstimos internos. A OPAS simplesmente não estava em posição para começar a implementar projetos dos fundos fiduciários com seu próprio dinheiro.

77. Quanto às IPSAS e as implicações para o alinhamento com o Sistema de Gestão Global da OMS (GRES), se a OPAS optasse por implantar o sistema global, automaticamente também implementaria as IPSAS, já que a OMS estava comprometida com a adoção das novas normas contábeis. Porém, o Secretariado ainda estava ponderando os prós e os contras de implantar o sistema. Um dos principais pontos negativos era o custo: as estimativas preliminares indicavam que custaria ao redor de US\$ 10 milhões para implementar o GRES, e não estava claro quanto desta quantia a

Organização poderia esperar receber da OMS. Se a OPAS decidisse adotar as IPSAS, sem dúvida seguiria o enfoque de incorporação progressiva recomendado. Algumas mudanças poderiam começar a ocorrer já no biênio 2008–2009.

78. A Diretora acrescentou que uma das principais considerações com relação à possível implementação do Sistema de Gestão Global era a condição dupla da OPAS como Repartição Regional da OMS e como uma organização independente dentro do sistema interamericano. Isso significava que a OPAS também tinha responsabilidades duplas de relatório de atividades, que por sua vez significava que seu sistema atual, o AMPES, era mais sofisticado em certo sentido que o sistema da OMS. Em termos gerais, quanto ao alinhamento de tais sistemas, a parte com o sistema mais avançado estava em posição de perder mais em termos de investimentos feitos tanto no próprio sistema como em formação do pessoal para usá-lo. O Secretariado estava portanto examinando atentamente se os benefícios da mudança para o Sistema de Gestão Global seriam comensuráveis ao gasto que tal mudança implicaria. Uma melhor opção poderia ser assegurar a interconectividade e a interoperabilidade dos dois sistemas. De qualquer modo, a OPAS continuaria realizando o relatório de atividades necessário e garantiria a transparência e a responsabilidade necessárias com respeito às atividades financiadas pela OMS.

79. Com relação às cotas de contribuição, em conformidade com o Código Sanitário Pan-Americano e a Constituição da OPAS, a escala de contribuição da Organização era baseado na escala da OEA. Se a OEA mudasse sua escala de contribuição, a OPAS era obrigada a ajustar sua escala de acordo. Uma proposta seria preparada para consideração pelo Comitê Executivo em junho. Ficaria a cargo dos Estados-Membros decidir sobre a adoção da nova escala durante no biênio atual ou no próximo biênio.

80. No que se refere ao Fundo Rotatório para Compra de Vacinas, ela era de opinião que era importante esclarecer que a taxa de 3% cobrada pela OPAS era usada para capitalizar o Fundo; não era um lucro ganho pela Organização. Era com o acúmulo de capital no Fundo que a OPAS conseguiria continuar a fornecer vacinas para os programas nacionais de vacinação a preços acessíveis e continuar a permitir os países a parcelar o pagamento. Se os países optavam por adquirir as vacinas e provisões de imunização através de outros organismos porque cobravam uma porcentagem menor, eles estavam prejudicando a capacidade do Fundo de continuar operando, o que significava que estavam prejudicando a si mesmos e a seus países irmãos na Região, em particular os países menores cujos programas de vacinação dependiam em grande parte do Fundo Rotatório. Além disso, eles violavam um dos princípios fundamentais nos quais se baseia a OPAS: a solidariedade.

Metodologia para a formulação do Plano Estratégico da RSPA 2008–2012 e proposta de Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 (Documento SPP40/3)

81. Este tema foi apresentado pela Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS) e o Sr. Dean Chambliss (funcionário graduado de planejamento, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS). A Dra. Sealey começou por destacar os fatores-chave na atual quadro de planejamento e as inovações propostas para o próximo ciclo de planejamento. O Sr. Chambliss em seguida descreveu brevemente a metodologia e o cronograma proposto para formular o Plano Estratégico para 2008–2012 e uma Agenda de Saúde para as Américas para o período 2008–2017. Esta última era uma das principais inovações para o próximo ciclo de planejamento. A Agenda de Saúde para as Américas proporcionaria a estrutura de planejamento a longo prazo a que o inspetor Fontaine Ortiz havia aludido anteriormente. Esta estabeleceria metas estratégicas e objetivos, identificados pelos Estados-Membros, que estes e o Secretariado depois trabalhariam em conjunto para alcançá-los. A contribuição do Secretariado seria estabelecida no Plano Estratégico, que transporia as metas estratégicas de toda a organização para resultados esperados de alcance regional a serem atingidos pelo Secretariado. O Plano Estratégico seria um vínculo-chave da Agenda de Saúde aos orçamentos bienais para programas, que eram um instrumento de 2 anos bastante específico para operações. Também seria um instrumento-chave da gestão baseada em resultados.

82. Embora a Unidade de Inspeção Conjunta recomendava um ciclo de planejamento de longo prazo de 12 anos e um ciclo de planejamento de médio prazo de 6 anos, o Secretariado deveria prestar contas à Conferência Sanitária Pan-Americana a cada 5 anos e portanto se propunha que o Plano Estratégico de médio prazo deveria continuar a cobrir este período. Como seu precursor, o Plano de Saúde para as Américas de 10 Anos, a Agenda de Saúde para as Américas abarcaria uma década, compreendendo dois planos estratégicos e cinco orçamentos bienais para programas.

83. Tanto a Agenda de Saúde como o Plano Estratégico seriam desenvolvidos por meio de um processo participativo, com amplos subsídios dos Estados-Membros. Propunha-se que a Agenda de Saúde deveria ser aprovada em uma sessão especial de ministros da Saúde em meados de 2007, possivelmente coincidindo com a Assembléia Mundial da Saúde em maio. Assim forneceria a base para a finalização do Plano Estratégico, a ser apresentado à Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2007. Além dos subsídios dos Estados-Membros, as informações que estavam sendo reunidas para a próxima edição de *Saúde nas Américas* seriam usadas no processo de planejamento.

84. O Secretariado propôs que um grupo diretor de alto nível fosse formado para ajudar a formular a Agenda de Saúde e o Plano Estratégico. O Documento SPP40/3 sugeria uma possível composição para o grupo diretor e também elaborava um

cronograma para preparação dos dois documentos. Pediu-se ao Subcomitê que tecesse comentários e respaldasse o processo de planejamento e o cronograma proposto e nomeasse os representantes do país-membro para participar do grupo diretor proposto.

85. O Subcomitê expressou sua concordância geral com as propostas do Documento SPP40/3. Vários delegados comentaram que o enfoque proposto ao planejamento de médio e longo prazo respondia a diversas questões expressas pelo Grupo de Trabalho para a OPAS no século XXI com relação à governança e transparência. Os delegados também eram de opinião que o enfoque demonstrava claro compromisso do Secretariado com o planejamento e gestão baseada em resultados.

86. Contudo, alguns delegados consideraram que certos aspectos do documento, e o processo de planejamento proposto ali, precisavam ser esclarecidos. Embora se reconhecia que o documento representava uma primeira tentativa de definir uma metodologia para o desenvolvimento da Agenda de Saúde e o Plano Estratégico, tinha-se a impressão de que às vezes era vago demais para dar os Estados-Membros um sentido real de como o processo avançaria e qual seria o papel específico deles, qual seria o papel do Secretariado e o que este considerava como seu nicho. Vários delegados expressaram preocupação quanto se a consulta necessária com os Estados-Membros poderia ser realizada dentro do prazo muito curto disponível para a preparação dos dois documentos.

87. Pediu-se ao Secretariado que esclarecesse o conceito de “faixa para pedestres” mencionado no documento (SPP40/3, parágrafo 18) e que explicasse como eliminaria a necessidade de duplo relatório de atividades. Pediu-se também esclarecimento da relação entre a Proposta de Agenda de Saúde para as Américas e o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT). Enfatizou-se que o PGT deveria ser o ponto de partida para a formulação da agenda de saúde regional visto que, uma vez adotada, guiaria as atividades da OMS como um todo, inclusive nas Américas. Salientou-se a necessidade de harmonizar o planejamento e os objetivos da OPAS com os da OMS. Um delegado, observando que os Estados-Membros da OPAS tinham participação ativa nas consultas regionais sobre o Décimo Primeiro PGT, solicitou esclarecimento de uma afirmação na apresentação oral que parecia indicar que o processo de planejamento da OMS havia sido deficiente em contribuições dos países.

88. Firme apoio foi expresso para a idéia de uma agenda de saúde regional de 10 anos que representasse a vontade coletiva dos países, embora tenha sido assinalado que o desenvolvimento de tal agenda em um contexto marcado por disparidades pronunciadas entre países seria um desafio. Era-se de opinião que tal documento de planejamento de longo prazo realmente facilitaria o planejamento de saúde no âmbito nacional e sub-regional. Em relação a este último, vários delegados salientaram a necessidade de assegurar vínculos claros entre a agenda regional e agendas de saúde sub-regionais e também de incorporar os objetivos relacionados com a saúde estabelecidos em outros fóruns regionais, como as Cúpulas das Américas. Os delegados também achavam que

uma agenda de saúde regional aceita em consenso proporcionaria orientação valiosa a outros organismos que se empenhavam em atender às necessidades de saúde na Região, que por sua vez facilitaria a captação e a canalização dos recursos de cooperação de saúde. Nesse sentido, vários delegados salientaram a necessidade de assegurar recursos suficientes para levar a cabo a Agenda de Saúde. Sugeriu-se que o Documento SPP40/3 deveria fornecer remissão recíproca com o Documento SPP40/4 (Estrutura da OPAS para captação de recursos). Recomendava-se também a remissão recíproca com o Documento SPP40/9 (Plano de Ação para Implementação da Gestão Baseada em Resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana).

89. O Subcomitê enfatizou a necessidade de participação ativa pelos Estados-Membros ao desenvolver a Agenda de Saúde para as Américas. Assinalou-se que os Planos de Saúde para as Américas de 10 anos haviam sido formulados em grande parte pelo Secretariado; a participação de países havia se limitado basicamente a “carimbar” os planos em sessões dos Órgãos Diretivos. Isso talvez fosse compreensível naquela época porque a capacidade nacional de planejamento de saúde não era bem desenvolvida em muitos países. Porém, esta situação havia mudado, e os países estavam agora em uma posição de assumir um papel muito mais ativo ao elaborar uma agenda de saúde regional. Com respeito ao conteúdo da agenda, um delegado expressou a opinião de que não era apropriado que o Secretariado estabelecesse metas estratégicas para os Estados-Membros; em vez disso, ele deveria se concentrar em estabelecer metas que seriam alcançáveis por meio de suas ações por si só e deveria proporcionar aos Estados-Membros a assistência técnica e de outro tipo para permitir-lhes alcançar as metas que eles haviam estabelecido para si mesmos.

90. Os delegados foram a favor da idéia de criar um grupo diretor, mas enfatizaram que o grupo deveria estar diretamente envolvido na formulação da agenda. Tinha-se a impressão de que quatro representantes de Estados-Membros — o número proposto no Documento SPP40/3 — não seriam suficientes para garantir ampla participação dos países no processo. Achava-se também que as funções e os termos de referência do grupo diretor deveriam ser esclarecidos. Argentina, Brasil, Canadá e Costa Rica expressaram interesse em ser membros. O Delegado de Barbados sugeriu que a sub-região do Caribe deveria ser representada no grupo diretor.

91. A Dra. Sealey assegurou ao Subcomitê que o Secretariado pressupunha que o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS serviria como ponto de partida para desenvolver uma agenda de saúde regional. De fato, previa-se que a agenda de saúde regional seria uma interpretação da agenda de saúde global, adaptada especificamente às Américas, que tinha peculiaridades e necessidades que não eram tratadas no Décimo Primeiro PGT.

92. Ela não tinha tido a intenção de sugerir que ela tinha, em absoluto, o maior apreço pelo PGT ou pelo processo por meio do qual este havia sido desenvolvido. Ele fornecia

uma excelente descrição de um panorama global para a saúde para o período 2006–2015. Porém, não incluía metas explícitas. Da perspectiva de um funcionário graduado de planejamento, ela esperava que o PGT estivesse mais diretamente vinculado ao plano estratégico de médio prazo da OMS. Este plano, que estava sendo preparado atualmente, incluía objetivos estratégicos, mas devido às limitações de tempo, seria impossível conseguir subsídios diretos significativos dos Estados-Membros quanto aos objetivos antes de o plano ser apresentado para consideração pelos Órgãos Administrativos da OMS.

93. O Secretariado acreditava que os subsídios diretos dos países era essencial para estabelecer objetivos estratégicos coletivos específicos para a OPAS. Ela portanto considerava as observações do Subcomitê com respeito à composição do grupo diretor muito pertinentes. Pensando melhor, o Secretariado acreditava que seria aconselhável estabelecer dois grupos, um para o desenvolvimento da agenda de saúde regional, com máxima participação dos Estados-Membros, e outro grupo menor, para ajudar o Secretariado a formular o Plano Estratégico para 2008–2012.

94. Ela quis deixar bem claro que as metas estratégicas a serem incluídas na Proposta de Agenda de Saúde para as Américas seriam determinadas pelos Estados-Membros. O Secretariado desempenharia um papel de apoio, fornecendo análise das questões de saúde e ajuda para redigir o documento, mas em última análise o conteúdo da Agenda de Saúde seria determinado pelos países. Isso era essencial para a gestão baseada em resultados, que não funcionaria se as metas estabelecidas somente refletiam e repercutiam o plano do Secretariado. Porém, era também essencial para a gestão de resultados que as metas estabelecidas conjuntamente pelos Estados-Membros estivessem refletidas nos planos nacionais de saúde.

95. O Sr. Chambliss chamou atenção para o diagrama no parágrafo 18 do Documento SPP40/3, que ilustrava a relação entre o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho e a Agenda de Saúde para as Américas proposta e mostrou a relação proposta de planejamento e relatório de atividades entre a OPAS e a OMS. Como a Dra. Sealey havia dito, o Décimo Primeiro PGT não continha qualquer meta ou indicadores explícitos e portanto não fazia parte da “série de resultados” formais. Em consequência, ao definir as metas estratégicas a serem incluídas na Proposta de Agenda de Saúde para as Américas, a OPAS teria de adotar suas orientações iniciais a partir do plano estratégico de médio prazo da OMS. Era ao nível de meta e resultado esperado que o Secretariado esperava criar as “faixas para pedestres”, vinculando as metas estratégicas e resultados esperados de alcance regional da OPAS aos objetivos estratégicos e resultados esperados de toda a organização da OMS, a fim de reduzir as exigências de relatório de atividades do pessoal da área técnica da OPAS mostrando ainda ao mesmo tempo como a OPAS, incluindo o Secretariado e os Estados-Membros, estava contribuindo para a agenda de saúde global.

96. Quanto ao que o Secretariado via como seu papel, como a Dra. Sealey havia explicado, este desempenharia um papel de facilitação no desenvolvimento da agenda de saúde regional e monitoramento e relatório de atividades do progresso em direção às metas estratégicas contidas ali, reconhecendo, porém, que estas metas eram para todos os participantes do setor da saúde, não apenas a OPAS ou seu Secretariado. Sob orientação do Plano Estratégico, por outro lado, o Secretariado definiria resultados esperados específicos pelos quais responderia completamente. É claro, haveria uma relação lógica entre a obtenção dos resultados esperados pelo Secretariado e o cumprimento das metas estratégicas maiores.

97. A Diretora assinalou que, constitucionalmente, a OPAS tinha um papel duplo: o papel de ajudar os países a estabelecer suas metas e o papel de colaborar com eles para alcançar estas metas. Ela achava que era importante esclarecer que a Proposta de Agenda de Saúde para as Américas não seria um plano. Seria uma visão coletiva e um conjunto de metas que os Estados-Membros desejavam alcançar. Era este elemento que faltava na gestão baseada em resultados tanto na OPAS como na OMS. A OPAS atualmente tinha um Plano Estratégico que havia definido o que o Secretariado pretendia alcançar, mas faltava um documento que contivesse as metas que formavam a base para definir as responsabilidades do Secretariado. A OMS tinha o Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho, que propunha uma agenda de saúde global, mas não incluía as metas estabelecidas pelos Estados-Membros. O projeto do plano estratégico de médio prazo da OMS continha metas, na forma de 15 objetivos estratégicos, mas elas não haviam sido estabelecidas em consulta com os Estados-Membros.

98. Na opinião dela, a participação direta dos Estados-Membros na tomada de decisões sobre metas e políticas vinha perdendo força dentro da OMS. Em sua visão, a Assembléia Mundial da Saúde havia perdido em grande parte seu caráter como uma autêntica assembléia deliberativa. Em contrapartida, funcionava como um tipo de conselho, no qual os Estados-Membros revisavam as propostas apresentadas pelo Secretariado e as aprovava ou as alterava, mas não estavam diretamente envolvidas em definir o que eles desejavam coletivamente.

99. Ao formular uma agenda de saúde regional, era importante ter em mente que a OPAS era guiada não só pelo que a OMS e a Assembléia Mundial da Saúde decidiam, mas também pelos mandatos relacionados com a saúde acordados pelos Estados-Membros da OPAS em outros fóruns internacionais. Além disso, as diversas entidades sub-regionais haviam estabelecido mandatos que também tinham que ser refletidos na agenda de saúde regional. Ela achava que era necessário um documento integrado que reunia todos os diversos objetivos e mandatos com relação à saúde. Neste sentido, o que o Secretariado propunha não era criar uma nova visão, mas expressar a visão já existente em um único documento que serviria de base para definir a contribuição específica requerida da OPAS para concretizar esta visão. Porém, a agenda de saúde regional, como expressão legítima da vontade coletiva dos países das Américas, também poderia servir

de base para determinar a contribuição de outros atores e organismos interessados no setor da saúde na Região. Sem tal documento, seria impossível harmonizar e alinhar esforços ou estabelecer responsabilidade para obtenção dos resultados.

100. A Presidente observou que o Subcomitê parecia estar de acordo em geral com a proposta para desenvolver uma agenda de saúde regional de 10 anos que apresentaria a visão coletiva dos Estados-Membros e determinaria as metas que eles desejavam alcançar e um plano estratégico de 5 anos que definiria o papel do Secretariado para alcançar estas metas. Porém, aparentemente o Subcomitê não estava preparado para respaldar a proposta com respeito ao grupo diretor sem mais informações sobre sua composição e funções. Deste modo, ela pediu ao Secretariado que formulasse uma proposta mais detalhada a respeito dos membros e termos de referência do grupo.

101. O Subcomitê subseqüentemente considerou um documento preparado pelo Secretariado, que propunha a criação de um grupo diretor formado de 12 membros, entre os quais 6 a 7 seriam funcionários graduados seniores ou planejadores dos Estados-Membros, incluindo, mas não limitado a, um da sub-região do Cone Sul (MERCOSUL), um da sub-região andina, um de América Central, um do Caribe anglófono, um do Caribe latino e um da América do Norte. Cinco membros seriam representantes de parceiros de saúde, a serem selecionados dentre as universidades, as organizações das Nações Unidas, as ONGs, as instituições financeiras internacionais e/ou outras instituições de saúde. Propunha-se também que um subgrupo do grupo diretor da Agenda de Saúde deveria ajudar o Secretariado com a formulação do Plano Estratégico.

102. Os membros do Subcomitê eram de opinião de que eles necessitavam de mais tempo para considerar e discutir a proposta. Estavam de acordo que uma consulta virtual seria organizada para esta finalidade. Pediu-se ao Secretariado que tomasse as providências necessárias e prestasse apoio técnico.

Planos de saúde pública para as Américas: Estrutura conceitual e processo (Documento SPP40/8)

103. A Dra. Alba María Roperó (assessora regional em Imunizações, OPAS) apresentou o Documento SPP40/8, que havia sido preparado por uma equipe interdisciplinar dentro do Secretariado como parte de uma das iniciativas do Guia. Ela observou que o tópico dos planos de saúde pública regionais estava estreitamente relacionado com a estrutura de planejamento de longo prazo discutida pelo Subcomitê sob o tema anterior da agenda, porque tais planos poderiam ser um meio de operacionalizar a Proposta de Agenda de Saúde para as Américas. Ela começou por explicar que o título da iniciativa havia se referido inicialmente aos “programas regionais de saúde pública”, mas havia sido mudado porque se receava que o termo “programa” acabaria tendo o significado de programas regionais tradicionais da Organização. Isso

teria deslocado o centro de atenção do verdadeiro foco dos planos de saúde pública regionais: os Estados-Membros.

104. Ao redigir o documento, a equipe indisciplinar havia se baseado em grande parte nas recomendações do Documento do Grupo de Trabalho para a OPAS no século XXI (CD46/29). A equipe também havia examinado e extraído as lições aprendidas dos programas e iniciativas regionais mais bem-sucedidas, em particular o Programa Ampliado de Imunização. Além disso, a equipe havia realizado debates com o pessoal da OPAS e outros interessados na Região. O resultado era o documento perante o Subcomitê, que delineava a estrutura conceitual e o processo para o desenvolvimento e implementação dos planos de saúde pública regionais.

105. Os planos de saúde pública regionais eram vistos como uma ferramenta estratégica para coordenar os esforços em todos os níveis e interessados a fim de alcançar as metas de saúde pública. O documento formulava os critérios básicos, características, funções e estrutura funcional de tais planos. Também identificava algumas das atividades que precisariam ser realizadas no âmbito sub-regional e nacional para implementá-los e discutia suas implicações para a cooperação técnica da OPAS/OMS.

106. Pediu-se ao Subcomitê que tecesse comentários sobre a estrutura apresentada no documento, considerasse os mecanismos para a adoção formal dos planos pelos Estados-Membros e determinasse quais mecanismos seriam requeridos para implementar e monitorar os planos de saúde pública para as Américas.

107. O Subcomitê recebeu com satisfação a iniciativa para desenvolver uma estrutura conceitual para os planos de saúde pública regionais. Os membros eram de opinião de que a iniciativa era prova clara de que as recomendações do Grupo de Trabalho para a OPAS no século XXI estavam recebendo a devida consideração. O Subcomitê também expressou apoio geral aos planos de saúde pública regionais como um meio de ter em vista questões específicas, observando que o caráter transnacional das doenças tornava essencial que os países unissem esforços para combatê-los por meio de intervenções comuns ou coordenadas. A influenza aviária foi mencionada como um exemplo definitivo de um problema de saúde que requeria um enfoque regional coordenado.

108. Contudo, alguns delegados disseram estarem confusos sobre a finalidade e conteúdo do documento e a natureza dos planos em questão. Assinalou-se que o documento era muito teórico e que se centrava em grande parte no processo em vez de no conteúdo, o que poderia resultar no desenvolvimento dos planos que, em última análise, fariam bem pouca diferença no âmbito nacional. Vários delegados advertiram quanto a uma ênfase excessiva no processo em detrimento da implementação, enfatizando que o planejamento não se deveria tornar um fim em si mesmo e que era importante não perder de vista o fato de que a meta geral do planejamento e da programação era causar mudança na condição de saúde no âmbito nacional. Também se assinalou que, em

conformidade com os princípios da gestão baseada em resultados, os primeiros passos em qualquer processo de planejamento deveriam ser priorizar e identificar os problemas a serem enfrentados e estabelecer metas; só então se deveria formular os planos com o objetivo de alcançar estas metas.

109. Vários delegados achavam que o papel crucial de uma sólida liderança dos ministérios da Saúde no âmbito nacional deveria ser destacado no documento. A este respeito, um delegado observou que os planos de saúde pública regionais só poderiam ser tão sólidos quanto planos no âmbito sub-regional, nacional e subnacional. Vários delegados salientaram a importância de adaptar os planos globais e regionais às realidades, necessidades e prioridades nacionais e a importância de assegurar a participação do país no processo de planejamento a fim de assegurar que os planos resultantes efetivamente respondessem às necessidades consideradas. A necessidade de respeitar as decisões nacionais com respeito à participação em um determinado plano regional era também salientada.

110. Sugeriu-se que, a fim de deixar claro o que a estrutura e o processo propostos pretendiam mudar ou melhorar, o documento melhoraria com uma seção introdutória ou antecedentes que explicasse quais as deficiências ou pontos fracos haviam sido encontrados no processo atual de formulação e implementação dos planos regionais. Sugeriu-se também que o documento deveria esclarecer a relação entre os planos de saúde pública regionais e a Proposta de Agenda de Saúde para as Américas, os planos estratégicos da RSPA e outros elementos da estrutura de planejamento da Organização. Um delegado observou que era difícil discernir a partir das informações no documento em que o enfoque proposto era novo e como este diferia do que a OPAS já estava fazendo, por exemplo, por meio das estratégias de cooperação de países. Outro delegado assinalou que o documento não explicava a diferença entre planos e programas e, às vezes, parecia usar os dois termos indistintamente.

111. Com respeito à solicitação de que o Subcomitê deveria considerar os mecanismos para a adoção formal dos planos pelos Estados-Membros, os delegados buscaram esclarecimento do que especificamente era pedido aos Estados-Membros que fosse adotado, visto que o Documento SPP40/8 não continha efetivamente nenhum plano. Os delegados também perguntaram se era a intenção de que o documento fosse encaminhado ao Comitê Executivo para consideração; nesse caso, este teria de ser revisado e esclarecido, especialmente se fosse ser a base para uma resolução.

112. A Dra. Roperó disse que o objetivo do Secretariado ao submeter o documento para consideração do Subcomitê havia sido obter precisamente os tipos de comentários que os Membros haviam fornecido. A estrutura conceitual era um trabalho em andamento; o Secretariado estava ciente de que necessitava ser aprimorado. As observações do Subcomitê haviam destacado as áreas que requeriam esclarecimento e seriam muito úteis ao Secretariado ao revisar o documento.

113. A Diretora afirmou que este tema, como o que o havia precedido, havia sido levado ao Subcomitê porque era a parte central relativa à programação e o planejamento, e os planos de saúde pública regionais eram um dos instrumentos de planejamento da Organização. Como havia sido explicado na discussão anterior sobre a gestão baseada em resultados, era essencial para todos os envolvidos compartilhar uma estrutural conceitual e uma terminologia em comum; senão muito tempo seria perdido em debates inúteis dos conceitos e linguagem. A confusão sobre os termos “programa” e “plano” ilustrava plenamente a necessidade de uma terminologia padronizada.

114. No Documento SPP40/8, o Secretariado não propunha nem buscava a aprovação para um novo plano de saúde pública regional. Em vez disso, propunha uma estrutura conceitual e terminologia em comum para tais planos, para que quando um determinado plano fosse usado como base para estabelecer os resultados esperados e os objetivos de desempenho, os diversos participantes interessados poderiam estar seguros de que estavam “falando a mesma língua” e que os mesmos padrões seriam aplicados em todos os níveis na avaliação dos resultados. A estrutura conceitual procurava identificar os atributos essenciais de um plano bem-sucedido e os padrões ou pontos de referência segundo os quais poderiam ser medidos, com base na experiência da Organização com planos regionais anteriores. Nesse sentido, ela concordava que seria útil incluir no documento uma análise das lições aprendidas de planos tanto os de êxito como os que não tiveram êxito.

115. Uma lição importante aprendida no passado era que, para ter êxito, os planos de saúde pública regionais tinham de ser considerados como mandatos por todos os envolvidos: a Organização, os Estados-Membros, os doadores e outros parceiros e a sociedade civil. Esta era a única maneira de assegurar responsabilidade. No âmbito nacional, tinha de ser assegurado que o plano constituísse um mandato para os funcionários graduados em todos os níveis, do presidente e o congresso aos prefeitos e outras autoridades locais.

116. Com respeito à solicitação ao Subcomitê com relação aos mecanismos para adoção formal de planos de saúde pública regionais, ela explicou que a intenção havia sido solicitar orientação dos Membros sobre o procedimento para aprovação de planos futuros — por exemplo, um plano para a redução de mortalidade infantil ou para a implementação das novas Normas Internacionais de Saúde na Região — pelos Órgãos Diretivos. No que se refere à relação entre planos de saúde pública regionais e os outros instrumentos de planejamento, ela observou que, uma vez aprovada a Agenda de Saúde para as Américas, seria importante para assegurar que haveria um plano regional para a obtenção de cada uma das metas estratégicas estabelecidas pelos Estados-Membros. Quanto a se o documento deveria ser encaminhado ao Comitê Executivo, era de opinião que não deveria ser encaminhado, visto que o Secretariado não estava apresentado nenhuma proposta concreta para a aprovação dos Órgãos Diretivos no momento e

porque, como as observações do Subcomitê haviam deixado claro, alguns dos pontos no documento precisavam ser esclarecidos.

117. O Delegado do Canadá, lembrando que seu país e outros vinham sugerindo havia vários anos que o trabalho do Subcomitê deveria se centrar no planejamento, administração e questões orçamentárias, observou com satisfação que a inclusão deste tema e todos os outros temas precedentes na agenda do Subcomitê claramente refletia uma mudança neste sentido. O Grupo de Trabalho para Dinamização dos Mecanismos de Governança da OPAS examinaria mais a fundo o papel do Subcomitê quando se reunisse posteriormente nesta semana.

118. A Presidente disse que, embora os Membros pareciam concordar que se tratava de uma boa iniciativa e que o Secretariado sem dúvida deveria continuar a aprimorar a estrutura conceitual, parecia ser o consenso do Subcomitê que o documento não estava pronto para consideração pelo Comitê Executivo.

Estrutura da OPAS para captação de recursos (Documento SPP40/4)

119. O Dr. Philippe Lamy (gerente de área, Governança, Políticas e Parcerias, OPAS), ao apresentar o Documento SPP40/4, observou que a estrutura de captação de recursos havia sido desenvolvida de uma das iniciativas do Guia, sendo o seu objetivo principal formular uma estratégia de captação de recursos para a Organização. A estratégia seria formulada não só para captar recursos financeiros e não financeiros para o, e por meio do, Secretariado, mas também para ampliar a captação de recursos para a saúde no âmbito nacional. Aludindo às observações anteriormente feitas pelo Subcomitê em sua discussão da Proposta de Agenda de Saúde para as Américas e Plano Estratégico da RSPA, ele enfatizou que o Secretariado estava a par da necessidade de alinhar e articular as diversas propostas de planejamento e instrumentos com a estratégia de captação de recursos, que se destinava a apoiá-los.

120. Ele resumiu os pontos principais apresentados no documento, inclusive os antecedentes para a proposta, fatores contextuais como tendências na assistência oficial ao desenvolvimento (AOD) e outras fontes de assistência multilateral e bilateral, e os principais componentes da estrutura proposta de captação de recursos, que serviria como ponto de partida para o esboço posterior da estratégia de captação de recursos. Também apresentou alguns elementos-chaves do trabalho da equipe de captação de recursos do Guia e descreveu alguns dos avanços que haviam sido feitos para desenvolver a estratégia desde a publicação do Documento SPP40/4.

121. O produto final dos esforços da equipe seria uma estratégia de captação de recursos institucionais compreendendo quatro segmentos básicos ou grupos de parceiros: as instituições financeiras internacionais, os parceiros bilaterais no âmbito nacional, parceiros institucionais e comerciais e as organizações da sociedade civil como as ONGs

e fundações filantrópicas. A equipe estava examinando uma maneira de trabalhar melhor com novas fontes de recursos financeiros e não financeiros para a saúde, como o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, e estava também explorando maneiras de fortalecer os vínculos com o setor privado, inclusive com entidades comerciais e outras sem fins lucrativos. Negociações recentes com empresas farmacêuticas haviam indicado que existia interesse entre os participantes do setor comercial tanto em parceiras financeiras como em assistência não financeira (por meio da provisão de conhecimento especializado técnico, por exemplo).

122. Alguns dos trabalhos preliminares da equipe de captação de recursos incluíam análise da situação interna e externa para cada um dos quatro grupos de parceiros; o acesso da OPAS à base de dados dos doadores e curso de formação ministrado pelo Centro de Fundação, um centro de intercâmbio de informações sobre as fundações e outras fontes de verbas de subvenção; a identificação do potencial papel da Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (PAHEF) na captação de recursos financeiros e não financeiros; as contribuições para a formulação das diretrizes da Organização para colaboração com o setor privado; e a identificação das qualificações e formação do pessoal necessárias para a captação eficaz de recursos.

123. O Subcomitê recebeu com satisfação a estrutura de captação de recursos, que era vista como uma ferramenta útil para o planejamento da captação de recursos de médio e longo prazo. Os membros elogiaram, em particular, os esforços para promover a harmonização e o alinhamento com outros parceiros, inclusive os do setor privado. A Organização deveria continuar a trabalhar para aproveitar os recursos e a capacitação disponíveis no setor privado, embora se enfatizava que deveria ser tomado cuidado para não infringir os princípios éticos e critérios ao buscar tais relações. Os membros também respaldaram a idéia de maior diálogo sobre políticas com os parceiros por meio de fóruns com a participação de diversos parceiros, como proposto no Documento SPP40/4 (parágrafos 40–41). Nesse sentido, sugeriu-se que a OPAS poderia considerar sediar uma reunião regional do Secretariado e Estados-Membros com representantes das entidades privadas para explorar ainda mais as possibilidades para a captação de recursos no setor privado.

124. Os delegados acharam que a estrutura proposta facilitaria um enfoque baseado em programas, proporcionando uma modalidade por meio da qual os países mais desenvolvidos poderiam apoiar a implementação de programas regionais, em vez de projetos específicos, que com freqüência não assegurava o mesmo grau de sustentabilidade como os doadores gostariam de ver. Também se achou que a estrutura proporcionaria um meio de utilizar os recursos disponíveis nos países menos desenvolvidos, que possuíam recursos profissionais e institucionais valiosos para oferecer. A Organização deveria buscar as maneiras de aproveitar melhor o conhecimento especializado disponível em nível nacional, identificando as instituições de excelência que poderiam servir como centros de referência internacionais semelhantes aos centros

colaboradores da OMS. Os delegados também recomendaram que a OPAS capacitasse suas representações nos países para captar recursos financeiros e não financeiros no âmbito nacional. Sugeriu-se que os vínculos entre as representações nos países e nos ministérios da Saúde, principalmente seus escritórios internacionais de cooperação, deveriam ser fortalecidos para esta finalidade. A importância de incorporar entidades sub-regionais nos esforços de captação de recursos também foi destacada.

125. Os delegados elogiaram a OPAS por seu sucesso ao obter contribuições voluntárias e solicitou outras informações sobre as áreas de trabalho para as quais estas verbas haviam sido alocadas e sobre como elas haviam sido distribuídas entre os Estados-Membros, em particular os cinco países prioritários da Organização. Embora reconhecendo a importância de atender as necessidades dos países mais pobres, os delegados também salientaram a importância de não negligenciar as necessidades dos países de renda média e reiteraram à Organização que trabalhasse para ampliar o acesso destes países aos recursos de cooperação e programas.

126. Sugeriu-se que, como o Secretariado avançava no desenvolvimento da estratégia de captação de recursos, seria útil articular alguns objetivos básicos, seguindo o modelo da estrutura de captação de recursos da OMS. Tais objetivos poderiam incluir, entre outros, esforços de captação de recursos firmados em um compromisso por parte do Secretariado de ser um centro de excelência voltado a resultados para a Região; um compromisso com a responsabilidade, transparência e supervisão e com o uso dos recursos em todos os níveis; a captação de recursos centrada em prioridades acordadas da OPAS; e esforços para assegurar a eficácia ideal dos recursos voluntários por meio de maior coordenação com os objetivos de assistência para a saúde existente no nível nacional. Sugeriu-se também que a seção no documento tratando da promoção de causa e diálogo de políticas deveria ser esclarecida, visto que não estava claro como estas atividades contribuiriam especificamente para a captação de recursos.

127. O Dr. Lamy concordou que era realmente muito importante captar recursos profissionais e institucionais no âmbito nacional; o Secretariado considerava este um elemento importante a ser incluído na estratégia de captação de recursos. Ele também concordou que as representações nos países, em conjunto com os ministérios da Saúde, tinham um papel importante a desempenhar ao ajudar a captar mais recursos para uso no âmbito nacional. Nesse sentido, a Secretaria estava trabalhando em uma proposta para o fortalecimento da capacidade de captação de recursos dos escritórios internacionais de cooperação dos ministérios da Saúde, em colaboração com a rede regional destes escritórios.

128. Em resposta à solicitação de informação sobre a alocação das contribuições voluntárias entre as áreas de trabalho e os Estados-Membros, ele disse que os dados para os diversos biênios estavam atualmente sendo coletados e seriam incluídos na próxima iteração do documento. Com respeito à solicitação de esclarecimento da relação entre o

diálogo sobre políticas e promoção de causa e captação de recursos, ele citou o exemplo da iniciativa regional “3 em 5”. Foi o apoio político, técnico e financeiro mobilizado dentro da Cúpula das Américas que havia permitido a Região alcançar o objetivo estabelecido pelos Estados-Membros.

129. Ele assegurou ao Subcomitê que, embora ele não houvesse respondido especificamente a cada observação, ele havia atentamente anotado todas as sugestões e recomendações com respeito à estratégia de captação de recursos e as transmitiria para o restante da equipe do Guia.

130. A Diretora observou que muitas das ferramentas e estratégias atuais da OPAS para captação de recursos haviam surgido nos anos oitenta com a iniciativa “Saúde: Uma Ponte para a Paz na América Central”, que havia sido um dos esforços de captação de recursos mais bem-sucedidos na história da Organização. Havia levado à criação de diversas novas parcerias, inclusive relacionamentos com parceiros externos à Região, que permaneciam até hoje.

131. Ela achava importante destacar o fato de que, embora várias novas formas e modalidades de cooperação tivessem surgido havia alguns anos, o montante efetivo de financiamento proporcionado para cooperação do desenvolvimento internacional não havia aumentado. Era difícil ver como as muitas metas de desenvolvimento determinadas pelos países havia alguns anos poderiam ser alcançadas se esta situação continuasse.

132. O Secretariado estava bem a par dos problemas enfrentados pelos países de renda média com respeito à captação de recursos e estava explorando maneiras de ampliar seu acesso ao financiamento sob iniciativas como o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária e de assegurar a representação de seus interesses nos órgãos diretivos de tais iniciativas. Um dos mecanismos de flexibilização que o Secretariado estava usando nas negociações com investidores internacionais era precisamente a capacidade profissional e institucional que existia nos países de renda média, que permitia obter impacto significativo a curto prazo com um investimento relativamente pequeno. Foi também firmemente enfatizada a necessidade de proteger os avanços de saúde conquistados no passado nestes países.

133. O Secretariado estava também examinando como poderia trabalhar por meio dos Estados-Membros da OPAS para formar parcerias mais fortes com instituições financeiras multilaterais, em particular o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, e assegurar um papel mais atuante para a Organização em operações de cooperação técnica relacionadas com a saúde financiadas pelos Bancos. A OPAS havia usufruído de uma relação colaborativa muito mais próxima com o Banco Interamericano de Desenvolvimento durante os anos sessenta e setenta e devido a ela a Região havia passado pela maior ampliação na cobertura de abastecimento de água e saneamento na sua história. O enfraquecimento desta parceria nos anos posteriores havia

sido uma grande perda aos países das Américas; em sua opinião, havia sido um importante fator para o ressurgimento da cólera na Região durante os anos noventa.

134. Com respeito às contribuições voluntárias, ela recordou que a resolução sobre o orçamento do ano anterior (Resolução CD46.R8) havia incentivado todos os países a efetuarem contribuições voluntárias para apoiar as prioridades determinadas no cenário de aumento de 2% apresentado no *Documento Oficial 317*, e havia solicitado ao Secretariado para que informasse sobre estes esforços. Era com muita satisfação que ela informava ao Subcomitê que os países estavam respondendo a esta convocação. Por exemplo, Saint Kitts e Névis e as Ilhas Cayman, já haviam efetuado as contribuições voluntárias.

Estratégia regional para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde (Documento SPP40/11)

135. A Dra. Carissa Etienne (subdiretora, OPAS) apresentou o Documento SPP40/11, enfatizando que este não apresentava uma estratégia ou plano de ação detalhado. O documento resumia a análise da situação e linhas de ação prioritárias que representavam os resultados iniciais do processo de desenvolvimento de uma estratégia e plano de ação regionais para um enfoque integrado à epidemia crescente de doenças crônicas na Região. O Secretariado estava buscando subsídios do Subcomitê, compatível com seu compromisso de assegurar a consulta ampla e de conduzir os processos participativos para a preparação e definição de planos de ação regionais.

136. O processo de desenvolvimento da estratégia e plano de ação havia começado com uma análise da situação, que havia incluído uma revisão da literatura, compilação dos dados e uma pesquisa da capacidade nacional de prevenção e controle de doenças crônicas na Região conduzida em 2005. A análise preliminar dos resultados da pesquisa indicava que, até o presente, a resposta à epidemia de doenças crônica havia sido inadequada. Havia havido falta de ação integrada; os países ainda não realizavam o controle do tabagismo e não possuíam legislação para alimentos e nutrição; e poucos países haviam alocado recursos para a prevenção e controle de doenças não-transmissíveis.

137. Uma reunião de planejamento havia sido realizada em janeiro de 2006 com assessores regionais de toda a Organização, incluindo tanto pessoal do Secretariado como especialistas dos países. O resultado havia sido um documento básico que identificava a meta global (prevenção e redução do ônus das doenças crônicas e fatores de risco relacionados nas Américas) e as quatro linhas principais de ação a serem seguidas (política pública e promoção de causa, vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças e gestão integrada das doenças crônicas e fatores de risco). Depois de uma reunião consultiva realizada em fevereiro de 2006, o documento básico havia sido revisado e ampliado para incluir prioridades e subprioridades, metas e submetas para

cada linha de ação e avaliações dos parâmetros de desempenho. O documento revisado havia sido divulgado a todos os Estados-Membros, e o Secretariado estava trabalhando por meio dos representantes da OPAS/OMS para assegurar que as consultas dos países fossem realizadas em toda a América Latina e Caribe. Consultas sub-regionais também seriam realizadas através de teleconferência. Um comitê de análise avaliaria os subsídios recebidos destas consultas para moldar e definir melhor a estratégia e o plano de ação regionais. Esperava-se que a versão preliminar final estivesse pronta até maio de 2006 e seria apresentada ao Comitê Executivo em junho de 2006 e depois ao Conselho Diretor em setembro de 2006.

138. O Subcomitê expressou firme apoio a uma estratégia regional integrada, com ênfase tanto na prevenção como atenção das doenças crônicas. O Subcomitê também elogiou os esforços da OPAS para garantir plena participação pelos Estados-Membros na formulação da estratégia e plano de ação, o que era visto como fundamental para seu sucesso. Os membros acreditavam que a estratégia regional complementar e contribuiria para a implementação da Estratégia Global da OMS para Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis e a Estratégia Global da OMS para Alimentação, Atividade Física e Saúde. Acreditava-se que a estratégia regional também serviria como orientação útil para os Estados-Membros ao procurarem elaborar seus planos nacionais para a prevenção e controle das doenças crônicas e isso proporcionaria uma oportunidade de integrar as iniciativas e programas para doenças crônicas que estavam atualmente sendo realizados de maneira fragmentada.

139. Um delegado, porém, expressou preocupação com o fato de que a estratégia regional se sobreporia de modo importante tanto à Estratégia Global da OMS para Alimentação, Atividade Física e Saúde com à estratégia regional proposta para nutrição e desenvolvimento. Ele achava que tal duplicidade deveria ser evitada e que a OPAS deveria concentrar em implementar a Estratégia Global da OMS nas Américas em vez de desenvolver estratégias paralelas.

140. Os delegados destacaram várias questões que deveriam ser levadas em consideração com o prosseguimento do trabalho para a estratégia e o plano de ação. Vários delegados também informaram sobre iniciativas de prevenção e controle de doenças crônicas em andamento em seus respectivos países. A este respeito, a importância de intercâmbios de experiência e informação entre os países nesta área foi salientada; assinalou-se que o documento contendo a estratégia regional poderia se beneficiar da inclusão de um resumo de experiências nacionais, talvez em um quadro ou matriz. Também se ressaltou a importância de trabalhar em redes colaborativas, como Cidades/Municípios Saudáveis e CINDI (Rede Integrada Nacional de Intervenção de Doenças Não-Transmissíveis) da OMS e os programas da iniciativa CARMEN da OPAS (Estratégias para reduzir doenças não-transmissíveis de múltiplos fatores).

141. A necessidade de maior ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças foi salientada por muitos delegados. Achava-se que a promoção da saúde visando à prevenção das doenças crônicas deveria começar cedo, por meio da promoção de saúde escolar e de programas de ensino a fim de incentivar as crianças e jovens a adotarem estilos de vida saudáveis e desencorajá-los a adquirir hábitos prejudiciais à saúde que poderiam manifestar-se como índices elevados de diabetes, doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas na sua vida adulta. Com relação ao diabetes, assinalou-se que a estratégia também deveria se centrar na identificação e tratamento da pré-diabetes, visto que havia evidências de que a intervenção precoce poderia impedir que a pré-diabetes se tornasse diabetes. A importância da detecção e intervenção precoces para todas as doenças crônicas foi enfatizada.

142. Os delegados também assinalaram a necessidade de atenção às doenças mentais, que com frequência coexistiam com problemas crônicos como o câncer, a cardiopatia e a diabetes. Sem tratamento, poderia causar comportamentos prejudiciais à saúde, não cumprimento das instruções médicas e prognóstico precário nos pacientes com doenças crônicas. Recomendava-se que a OPAS usasse o Programa de Ação Global de Saúde Mental da OMS para aprimorar a estratégia regional nas doenças crônicas.

143. O projeto de educação em saúde e intervenções eficazes para mudança de comportamento era considerado crucial para a prevenção de doenças crônicas. Um delegado observou que a obesidade ainda não era amplamente percebida como um fator de risco para doença crônica em seu país, o que indicava a necessidade de educação em saúde e campanhas de promoção da saúde. Outro delegado destacou a dificuldade de assegurar que as intervenções de promoção da saúde alcançassem todos os setores da população, em particular grupos pobres e altamente vulneráveis. Um terceiro delegado chamou atenção à necessidade de fortalecer a educação na promoção da saúde e prevenção de doenças nos programas de formação profissional para os profissionais da saúde.

144. A vigilância era vista como uma área frágil que a estratégia regional deveria abordar. Assinalou-se que muitos países tinham dificuldade de determinar a verdadeira magnitude e gravidade de seu problema de doenças crônicas e precisavam de apoio da OPAS para identificar os métodos e instrumentos de vigilância mais apropriados para suas respectivas situações.

145. Alguns delegados consideravam a promoção de causa para a reforma política um papel importante para a OPAS, destacando que ajudaria o aumento da visibilidade da questão das doenças crônicas nas agendas nacionais, que por sua vez ajudaria os países a atrair maior apoio dos parceiros de cooperação. Outros delegados eram de opinião que um papel mais apropriado para a OPAS seria proporcionar aos Estados-Membros as evidências necessárias e tendências dos dados para que eles pudessem depois elaborar

políticas e programas para abordar as questões complexas relativas à alimentação, nutrição e atividade física.

146. Com respeito à meta da estratégia regional como declarado no Documento SPP40/11 (parágrafo 29), um delegado achava que não dava a devida atenção à complexidade e diversidade da situação da saúde na Região, que requeria o projeto de intervenções integrais apropriadas a cada país. Outro delegado enfatizou que qualquer estratégia proposta pela OPAS deveria ter relevância em toda a Região; o mesmo delegado, assinalando que o Documento SPP40/11 carecia de citações e dados para apoiar os muitos dados estatísticos e asserções apresentados, enfatizou que as estratégias regionais precisavam ser baseadas em evidências e ter uma base científica sólida.

147. Vários delegados buscaram informação com respeito aos recursos que seriam necessários para implementar a estratégia regional e a parcela do orçamento da OPAS/OMS que seria destinado à sua implementação. Assinalou-se que os Estados-Membros haviam solicitado reiteradamente no passado que o Secretariado incluísse tal informação ao apresentar uma proposta de ação pelos Órgãos Diretivos.

148. A Dra. Etienne agradeceu ao Subcomitê por suas observações amplas e sugestões, em particular a recomendação a respeito da relação entre a saúde mental e doença crônica; ela concordou que esta era uma área que não havia recebido atenção suficiente. O Secretariado cuidaria para que os subsídios fornecidos pelo Subcomitê fossem levados em consideração à medida que o desenvolvimento da estratégia e o plano de ação prosseguisse adiante. Ela assegurou ao Subcomitê que as estratégias globais para alimentação, atividade física e saúde, controle do tabagismo e a prevenção de doenças não-transmissíveis e promoção da saúde estavam firmemente entrelaçadas na estratégia e plano de ação regionais. O Secretariado não estava tentando dar nova apresentação a qualquer uma das estratégias da OMS. A estratégia da OPAS seria apoiada por estas estratégias e o foco da OPAS seria na implementação destas estratégias por meio de um plano regional de ação que levava em consideração as realidades da Região.

149. Com respeito às perguntas sobre o orçamento, ela assinalou que os recursos para a prevenção e controle de doenças crônicas não estavam concentrados somente no orçamento alocado à Unidade de Doenças Não-Transmissíveis, mas estavam distribuídos por toda a Organização, inclusive nas representações nos países. No documento a ser preparado para o Comitê Executivo, o Secretariado incluiria informação sobre o orçamento disponível dentro da Organização para a implementação do plano de ação. Também tentaria fazer algum cálculo de custos para identificar a defasagem de recursos para a qual recursos extra-orçamentários teriam de ser captados. Era importante ter em mente, porém, que a implementação do plano regional de ação seria uma tarefa conjunta entre o Secretariado e os Estados-Membros. O Secretariado poderia estimar os custos da sua própria parcela, mas não poderia facilmente estimar as parcelas individuais dos países, pelo menos não a tempo para a sessão de junho do Comitê Executivo .

150. A Diretora comentou que o desenvolvimento e a implementação das estratégias para a Organização era inevitavelmente um processo de mão dupla. Os Estados-Membros das diversas Regiões da OMS contribuíram com subsídios para as estratégias globais, que, uma vez aprovadas pela Assembleia Mundial da Saúde, voltariam então às regiões para a implementação. Para implementar a estratégia global, cada Região tinha de elaborar um plano de ação, mas antes de poder fazer isso, tinha de adaptar a estratégia global às características e necessidades específicas de seus Estados-Membros.

151. No caso das Américas, a estratégia tinha de ser adaptada para abordar tanto a especificidade como a diversidade da Região, que era caracterizada por pronunciadas diferenças culturais, demográficas, econômicas e culturais, entre outras. Uma estratégia integrada para as doenças crônicas para a Região também tinha de levar em consideração as estratégias relacionadas adotadas anteriormente e se basear nelas, como a estratégia de atenção primária à saúde e estratégias de promoção da saúde. Além disso, a estratégia regional deveria incorporar as lições aprendidas com os êxitos e insucessos passados e deveria empregar tanto a capacidade institucional da Organização como o conhecimento especializado em doenças crônicas que existia na Região, não só entre os profissionais da saúde como também entre organizações da sociedade civil, como associações de pacientes portadores de doenças crônicas e suas famílias. Dentro da estratégia regional, estratégias e enfoques específicos tinham de ser desenvolvidos para tratar das necessidades de grupos específicos na Região, em especial os povos indígenas e afrodescendentes. Por fim, e muito importante, a estratégia regional tinha de considerar o enorme impacto econômico que as doenças crônicas estavam tendo sobre o sistema de saúde e indivíduos e famílias na Região.

Estratégia e plano de ação regionais para nutrição e desenvolvimento (Documento SPP40/12)

152. A Dra. Gina Tambini (gerente de área, Saúde da Família e Comunidade, OPAS) apresentou a estratégia e plano de ação regionais propostos para nutrição e desenvolvimento, observando que os trabalhos ainda estavam em andamento. A equipe que estava desenvolvendo a proposta era liderada pela Subdiretora e compreendia pessoal de três áreas dentro da Organização — Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, Prevenção e Controle de Doenças e Saúde da Família e Comunidade — e incluía pessoal das representações nos países e dos dois centros pan-americanos que se dedicavam a questões de alimentos e nutrição, o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI).

153. Ela começou por esboçar os desafios enfrentados pela Região com respeito à nutrição, assinalando que eram um importante componente no cumprimento de seis das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Ela depois apresentou informação sobre os principais problemas nutricionais nas Américas e os fatores determinantes e conseqüências destes problemas. Ela prosseguiu destacando algumas das características

do novo enfoque aos problemas nutricionais que eram a base da estratégia e plano de ação propostos no Documento SPP40/12, observando que se tratava de um enfoque intersectorial que considerava a nutrição uma questão de saúde e desenvolvimento e como um componente crucial das estratégias para redução da pobreza. Ela finalizou com um resumo do cronograma para consideração da proposta pelos Estados-Membros e um resumo dos recursos humanos e financeiros disponíveis para sua implementação.

154. Depois da consideração do Subcomitê da estratégia e plano de ação propostos, estes seriam discutidos pelos especialistas e representantes dos países e de outros organismos em uma consulta regional em maio de 2006. O Secretariado usaria os subsídios recebidos do Subcomitê e a consulta regional para produzir uma proposta muito mais aprimorada a ser apresentada ao Comitê Executivo em junho de 2006. As consultas nacionais seriam realizadas durante o mês de julho. A proposta final seria apresentada ao Conselho Diretor em setembro de 2006.

155. Os recursos do orçamento ordinário disponíveis para a implementação do plano de ação totalizavam aproximadamente US\$ 3,5 milhões. Os recursos extra-orçamentários atualmente disponíveis totalizavam ao redor de US\$ 3,3 milhões. Estas cifras incluíam verbas disponíveis em nível regional e nacional e nos orçamentos do INCAP e do CFNI. A defasagem de recursos total era calculada em US\$ 5,7 milhões. Quanto aos recursos humanos, a maioria do pessoal que estaria participando da implementação do plano estava localizada em nível nacional ou sub-regional, nas representações nos países ou no INCAP ou CFNI. Além disso, havia três assessores regionais na sede da OPAS.

156. No debate que seguiu, os delegados agradeceram a inclusão de informação sobre os recursos financeiros e humanos na apresentação oral e pediram ao Secretariado que incluísse esta informação na próxima versão do documento. O Subcomitê expressou apoio à estratégia e plano de ação regionais propostos, recebendo com satisfação sobretudo seu enfoque intersectorial e sua consonância com a Estratégia Global da OMS em Alimentação, Atividade Física e Saúde e a Estratégia Global da OMS na Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis. Vários delegados observaram a forte correlação entre esta estratégia e plano de ação e a estratégia e plano de ação regionais propostos para a prevenção e controle de doenças crônicas e ressaltaram a necessidade de integrar as duas iniciativas para evitar fragmentação e fazer uso o mais eficiente dos recursos. Achava-se que o vínculo entre os dois deveria ficar mais explícito nos respectivos documentos. Era-se também de opinião que as contribuições do INCAP e do CFNI à implementação de cada uma das estratégias e planos de ação deveriam ser esclarecidas.

157. Um delegado questionou se a formulação de estratégias regionais complementares separadas poderia causar duplicação dos esforços e diluir os poucos recursos necessários para implementar as estratégias globais. Em sua opinião, ao incorporar e enfatizar o desenvolvimento na estratégia e plano de ação, o Secretariado não só estava indo fora do

âmbito do seu mandato, mas, mais importante, estava obscurecendo seu compromisso de longa data de prestar sólida cooperação técnica na área da saúde aos países. Ele instou o Secretariado a usar seu conhecimento especializado e recursos para implementar plenamente a Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde, medir suas repercussões e ajudar os países a desenvolver os dados necessários para monitorar as tendências nutricionais ao longo do tempo.

158. Os delegados elogiaram o reconhecimento na estratégia do impacto da saúde e disparidades socioeconômicas no estado nutricional, que estava em conformidade com o trabalho da OMS nos determinantes sociais da saúde. Um delegado era de opinião, porém, que o Documento SPP40/12 não dava atenção suficiente à conexão entre estas disparidades e o processo de globalização e concentração de recursos, particularmente por meio de medidas como a implementação de subsídios e restrições ao livre comércio. Outra delegada observou que os resultados esperados como declarados no anexo ao documento pareciam sugerir que se um país não conseguisse alcançar suas metas com relação a alimentos e nutrição seria devido à falta de vontade política; ela enfatizou a necessidade de reconhecer e abordar os problemas estruturais que poderiam impedir os governos de alcançar seus objetivos.

159. Assinalou-se que a pobreza e a erosão do poder aquisitivo em muitos países limitavam o acesso da população a uma alimentação saudável. Também se assinalou que para alcançar a meta de disponibilizar alimentos nutritivos a preços acessíveis requereria a implementação de iniciativas em âmbito nacional o que poderia afetar as margens de lucro dos produtores de alimentos locais e repercutir sobre as receitas do governo provenientes de impostos e tarifas sobre as importações de alimentos. Considerava-se imperativo abordar estes problemas em potencial no início do processo de implementação a fim de assegurar que o plano de ação não fosse considerado inviável pelos líderes políticos por causa de seu provável impacto à capacidade orçamentária e de geração de renda dos governos.

160. Vários delegados respaldaram o conceito do direito a alimentos adequados como um direito humano básico, mencionado no anexo ao Documento SPP40/12 (Linha de ação 1, Atividade 7.1). De fato, alguns acreditavam que a perspectiva de direitos humanos deveria receber mais ênfase. O Delegado dos Estados Unidos, porém, não achava que a OPAS era um fórum apropriado para discutir direitos humanos e pediu que a referência aos direitos a alimentos e nutrição fosse retirada do documento. Ele observou que o governo dos Estados Unidos havia deixado claro em outros fóruns que acreditava que a aquisição de qualquer direito a alimentos adequados ou a uma condição livre de fome era uma meta ou aspiração a ser alcançada progressivamente que não implicava em qualquer obrigação internacional ou diminuía as responsabilidades dos governos nacionais em relação a seus cidadãos. Os Estados Unidos também objetaram às referências no documento ao comércio e às políticas econômicas e de comércio,

acreditando que a promoção de causas como o comércio e preços de alimentos estavam claramente fora da competência central do Secretariado.

161. Vários delegados fizeram relatos sobre programas e iniciativas sendo realizadas em seus países com o objetivo de eliminar carências nutricionais, melhorar o estado nutricional e abordar os fatores de risco relativos à alimentação no caso das doenças crônicas e, em especial, sobrepeso e obesidade.

162. Os Delegados de Argentina e México apresentaram as declarações por escrito contendo várias observações detalhadas e sugestões sobre aspectos específicos do Documento SPP40/12.

163. A Dra. Tambini agradeceu aos delegados por suas observações, as quais seriam levadas em consideração à medida que o Secretariado continuasse a trabalhar na estratégia e plano de ação propostos. Estava claro para ela pelos comentários dos delegados a respeito das atividades sobre alimentos e nutrição em seus respectivos países que a estratégia e o plano de ação refletiam e respondiam a políticas já implantadas e processos em andamento no âmbito nacional.

164. Ela assegurou ao Subcomitê que o Secretariado estava tendo a mesma preocupação que os Estados-Membros de evitar a duplicidade de esforços e assegurar a harmonização e o reforço mútuo das ações a serem realizadas de acordo com as duas estratégias e planos de ação, ambos os quais contribuiriam para a implementação da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde. Nesse sentido, ela sugeriu que as duas estratégias regionais poderiam ser vistas como dois círculos que tinham uma interseção, com a Estratégia Global formando a junção entre eles.

165. Ela reiterou que a proposta da estratégia e o plano de ação para nutrição e desenvolvimento era um trabalho em andamento. O Secretariado continuaria a aprimorá-los, tendo em mente os subsídios recebidos dos Estados-Membros. Também continuaria a aprimorar as projeções de custos para implementação do plano de ação.

166. O Dr. Fitzroy Henry (diretor, Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição), respondendo às perguntas a respeito dos papéis dos dois centros no que se referia às duas estratégias, disse que o trabalho de cada centro era adaptado de acordo com as condições e as necessidades nas respectivas sub-regiões. No Caribe, por exemplo, a desnutrição não era um problema da saúde pública na grande maioria dos países. Em consequência, o CFNI estava centrando-se principalmente em causas das doenças crônicas relativas à alimentos e nutrição, em especial a obesidade. A abordagem dos problemas nutricionais associados à infecção pelo HIV era outra faceta importante do trabalho do Centro. O INCAP, por outro lado, estava trabalhando para tratar tanto da desnutrição como da obesidade e outros fatores relacionados à alimentação associados às doenças crônicas, pois os dois problemas coexistiam na sub-região centro-americana.

167. Referindo-se às observações feitas pelo Delegado dos Estados Unidos, ele disse que não acreditava que a estratégia e plano de ação representava uma duplicidade do esforço ou um desvio das funções centrais da OPAS. Como a OMS havia reconhecido, e como o Secretariado da OPAS havia tentado refletir no Documento SPP40/12, era impossível realizar mudanças nos hábitos alimentares sem tornar o ambiente propício à mudança de comportamentos. De fato, no plano estratégico de médio prazo da OMS atualmente sendo redigido, o objetivo estratégico relativo à nutrição frisava a necessidade de fortalecer os vínculos globais entre a saúde, desenvolvimento agrícola, recursos hídricos, comércio e os envolvidos em política ambiental, para dar sustentação a sistemas de produção de alimentos adaptados para aumentar o acesso a alimentos dos grupos populacionais em todo o país. Por isso, a OPAS considerava necessário examinar alguns dos fatores ambientais relacionados com a educação, agricultura, comércio, produção de alimentos e outras áreas que afetavam os alimentos e a nutrição. A estratégia e o plano de ação regionais procuravam apoiar, não duplicar, o que OMS estava fazendo, ao mesmo tempo que davam a devida consideração às especificidades e particularidades que caracterizavam a Região das Américas, sendo um das quais, inquestionavelmente, a desigualdade.

168. A Diretora acrescentou que a desigualdade que existia na Região criava um pano de fundo muito particular para o trabalho da OPAS na questão de alimentação e nutrição, visto que, claramente, estava relacionada à capacidade econômica de famílias e indivíduos, que por sua vez afetava seu acesso a alimentos nutritivos e sua capacidade de ter uma alimentação saudável. Para desenvolver uma estratégia e plano de ação eficazes para nutrição, era essencial levar em consideração as questões relativas à segurança alimentar e produção de alimentos e envolver os interessados diretos em outros setores. Em sua opinião, nenhum plano para abordar as questões de alimentos e nutrição poderia ser bem-sucedido a menos que incluísse três grupos fundamentais: os produtores, a indústria alimentar e os consumidores.

169. Ela enfatizou que a questão dos alimentos e nutrição era complexa. A prevenção e o controle das doenças crônicas eram também um tema complexo. Alimentos e nutrição constituíam somente um componente de um enfoque de saúde pública integrado com relação às doenças crônicas. Da mesma forma, a prevenção de doenças crônicas era somente uma razão para melhorar a nutrição e a alimentação. A nutrição era também um aspecto crítico para o desenvolvimento. Sem dúvida, o Secretariado buscava identificar as interseções entre as duas estratégias, mas era importante compreender que elas representavam dois campos da ação, cada uma com suas próprias especificidades.

170. A Presidente disse que ela tinha impressão de que o Subcomitê compreendia a diferença entre as duas estratégias, mas desejava ver a vinculação entre elas mais claramente expressa na próxima versão do documento.

Análise dos centros pan-americanos (Documento SPP40/INF/2)

171. A Dra. Carissa Etienne (subdiretora, OPAS) resumiu o conteúdo do Documento SPP40/INF/2, que havia sido preparado pelo Secretariado em conformidade com a Resolução CD46.R6, adotada pelo 46º Conselho Diretor em setembro de 2005. O documento reexaminava a história dos centros pan-americanos e o debate acerca deles pelos Órgãos Diretivos, e fornecia uma atualização do trabalho e situação atual do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC), Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) e o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP). Também informava sobre o progresso no processo de alinhamento do CAREC, CFNI e INCAP com os critérios sub-regionais de alocação estabelecidos na nova Política Regional de Orçamento para Programas (Documento CD45/7).

172. O objetivo do Secretariado ao apresentar o relatório sobre os centros pan-americanos era informar os Estados-Membros sobre o relacionamento em evolução entre a OPAS e os cinco centros. Da mesma forma que houve mudança no ambiente político, tecnológico e financeiro, a cooperação técnica da Organização também mudou, sendo parte desta proporcionada através dos centros. Deste modo, o Secretariado estava explorando a possibilidade de modificar as disposições legais, financeiras e de governança da OPAS com os centros para assegurar que eles continuassem sendo uma maneira eficaz e eficiente para alcançar as metas de uma área particular de cooperação técnica. Este processo de avaliação estava ocorrendo juntamente com diversos processos sub-regionais, em particular um processo conjunto realizado com o Secretariado da Comunidade do Caribe (CARICOM) paralelo ao desenvolvimento da terceira fase da Iniciativa de Cooperação para a Saúde no Caribe (CCH III) e a uma análise de cinco instituições de saúde regionais do Caribe, inclusive o CAREC e CFNI, encomendada pelo CARICOM.

173. Pediu-se ao Subcomitê que fizesse observações para guiar o Secretariado no processo de realinhamento dos papéis dos centros da América e análise do relacionamento da Organização com estes centros.

174. O Subcomitê elogiou a revisão do Secretariado da organização e do funcionamento dos centros pan-americanos, que estava de acordo com todo o esforço de fortalecimento e transformação institucional. A este respeito, a importância capital de supervisão e responsabilidade na governança dos centros foi enfatizada.

175. Assinalou-se que o relatório sobre os centros havia sido disponibilizado apenas uns poucos dias antes do início da 40ª sessão do Subcomitê, o que havia dificultado bastante aos Membros assimilar as questões envolvidas no possível realinhamento de vários centros e vir adequadamente preparados para discuti-los. Os delegados eram de

opinião que informações mais detalhadas sobre o atual estado dos centros e o valor agregado de seus serviços no âmbito nacional teriam sido úteis, em particular levando-se em consideração a afirmação no parágrafo 8 do Documento SPP40/INF/2, que assinalava que os centros pan-americanos eram motivo de preocupação para todos os Estados-Membros — incluindo os países que não recebiam seus serviços — dado a repercussão que eles tinham no orçamento ordinário da OPAS/OMS. Sugeriu-se que, para tornar o trabalho dos centros mais significativo aos países que não usavam diretamente seus serviços, o Secretariado poderia considerar a possibilidade de convidar um ou dois diretores dos centros todos os anos para fazer uma apresentação sobre o trabalho e desafios de administrar um centro. Com relação ao financiamento para os centros, pediu-se ao Secretariado que esclarecesse se todos os centros pan-americanos recebiam contribuições dos Estados-Membros a que serviram.

176. O Delegado de Barbados disse que o futuro dos centros pan-americanos, principalmente o CAREC e CFNI, era de importância fundamental aos países do CARICOM. O CAREC e CFNI haviam fornecido assistência técnica que havia ajudado os países do Caribe a melhorar sua compreensão da situação da saúde e sua resposta a crises de saúde e necessidades de saúde em transformação. Porém, no esforço de atender à necessidade de captar recursos, era um desafio encontrar o equilíbrio adequado entre atender às solicitações dos doadores e ao mesmo tempo continuar atendendo às necessidades dos países do CARICOM. A convergência da análise das instituições de saúde regionais do Caribe com a formulação da visão coletiva dos países do CARICOM para a saúde (CCH III) havia portanto sido casual. Barbados reconhecia e elogiava a considerável capacidade da administração do CAREC de captar recursos e não gostaria que esta habilidade fosse perdido para o CARICOM. As decisões a serem tomadas pelo Conselho para Desenvolvimento Humano e Social do CARICOM no mês seguinte teriam de convir com as realidades das situações financeiras dos Estados-Membros e a necessidade de obter financiamento suficiente para os centros para assegurarem a sustentabilidade de programas de saúde pública flexíveis e capazes de responder às demandas ao mesmo tempo atrair e reter profissionais com diversas qualificações para gerir e executar estes programas.

177. Os delegados de Argentina e Canadá observaram que eles recentemente haviam sido convidados pelo Secretariado para participar de um comitê consultivo externo que estaria visitando vários centros pan-americanos. Estas visitas lhes dariam a oportunidade de observar em primeira mão o trabalho desenvolvido pelos centros os desafios que tinham de enfrentar. Eles portanto estariam em condições de fornecer, de forma crítica e objetiva, informação sobre as funções e operações dos centros.

178. O Delegado da Argentina felicitou o Secretariado pela transparência e eficiência com o qual havia realizado o recente fechamento do Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ) em seu país; ele tinha o prazer de informar que

longe de ter sido diminuída como resultado do encerramento das atividades do Centro, a cooperação técnica da Organização com a Argentina havia aumentado e sido ampliada.

179. O Delegado do Canadá, assinalando que os centros haviam sido criados em um momento em que muitos ministérios da Saúde careciam de recursos específicos, questionava-se se esta ainda não seria a situação e se, em caso negativo, a Organização não deveria considerar criar outros centros para lidar com necessidades urgentes. Ele também perguntou se o estudo das instituições de saúde regionais do CARICOM poderia ser disponibilizado aos Estados-Membros da OPAS. Além disso, embora reconhecendo que o Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) e o Programa Regional de Bioética não constituíam centros pan-americanos plenos, ele achava que a inclusão no relatório da informação sobre estes dois “quasicentros” teria sido útil aos Estados-Membros, já que eles desempenhavam um papel importante na cooperação técnica da Organização.

180. A Dra. Etienne disse que o Secretariado havia apresentado um relatório sobre os cinco centros mencionados no Documento SPP40/INF/2 porque havia sido solicitado especificamente que o fizesse pelo 46º Conselho Diretor. Como os delegados recordavam, um relatório detalhado sobre o CEPIS havia sido apresentado no ano anterior. O Secretariado reconhecia que tinha responsabilidade de realizar uma avaliação aprofundada e apresentar um relatório sobre um centro anualmente, e tinha já programado uma avaliação do PANAFTOSA. Como observado, dois Membros do Subcomitê, Argentina e Canadá, fariam parte do grupo de consulta externo que avaliaria o PANAFTOSA.

181. O estudo sobre os centros do Caribe havia sido encomendado pelo CARICOM, de maneira que as cópias do relatório teriam de ser solicitadas ao Secretariado do CARICOM. A OPAS havia participado da análise deste relatório e havia adotado as recomendações feitas em consideração ao seu exame dos mandatos centrais dos centros pan-americanos e na determinação de prioridades sub-regionais para o Caribe.

182. Embora o Secretariado estivesse aberto à possibilidade de criar outros centros se os Estados-Membros achassem que estes seriam necessários, era importante ter em mente as implicações orçamentárias e estar muito claro quais temas seriam abordados pelos novos centros. Uma opção melhor poderia ser examinar como a rede de centros colaboradores da OMS poderia ser utilizada de modo mais eficaz para melhorar a cooperação técnica da OPAS.

183. A Diretora assinalou que o Documento SPP40/INF/2 destinava-se a complementar a informação apresentada no ano anterior no Documento CD46/10, que havia proporcionado detalhes sobre as características dos diversos centros. Ela achava que era importante compreender que um grupo de instituições conhecidas como “centros pan-americanos” eram formados por várias entidades diferentes. Estes centros diferiam

quanto à estrutura de governança, no modo que eram financiados, em suas funções e em uma variedade de outras maneiras. Somente três recebiam contribuições diretas de seus Estados-Membros. Alguns recebiam contribuição do país-anfitrião, outros não. Alguns foram criados como pessoas jurídicas de direito próprio, outros não. Era exatamente esta diversidade que havia complicado o relacionamento da Organização com os centros e às vezes havia dificultado tirar o máximo proveito deles. Ela portanto recomendava cautela quanto à criação de outros centros. Acreditava que era mais importante concentrar-se nos pontos fracos dos centros existentes e, ao mesmo tempo, manter sua capacidade e conhecimento especializado.

184. Ela agradeceu ao Delegado da Argentina por suas generosas palavras; porém, ela não acreditava que o Secretariado merecesse todo o crédito pelo feliz resultado da decisão de encerrar as atividades do INPPAZ. Ela achava que o processo de fechamento do centro havia sido “um tango bem dançado” entre o Secretariado e o governo da Argentina, que havia resultado em benefício mútuo e havia protegido os interesses dos Estados-Membros que dependiam dos serviços de cooperação técnica do Centro.

185. Ela esclareceu que a análise do PANAFTOSA seria realizada conjuntamente com uma análise do programa de saúde pública veterinária da Organização, do qual este Centro era integrante. A avaliação se centraria em parte nas atividades de inocuidade dos alimentos e depois na redistribuição das funções de cooperação técnica de inocuidade dos alimentos do INPPAZ para a atual localização dentro do PANAFTOSA.

Pandemia de influenza: Relatório de progresso (Documento SPP40/5)

186. O Dr. John Ehrenberg (chefe, Unidade de Vigilância Sanitária e Controle de Doenças), apresentando o Documento SPP40/5, assinalou que as medidas preparatórias para a influenza haviam incitado a Organização a trabalhar de maneira interprogramática. Portanto, embora as medidas preparatórias para a influenza fizessem parte da área de Alerta e Resposta a Epidemias, sua apresentação e o Documento SPP40/5 continham contribuições de todas as áreas de trabalho e unidades da Organização.

187. Ele examinou as ações que a OPAS havia tomado para ajudar os Estados-Membros a responder à ameaça de uma pandemia de influenza e a preparar e proteger seu próprio pessoal, inclusive com a criação da Força-Tarefa para Alerta e Resposta a Epidemias para assessorar, possibilitar, coordenar e monitorar as atividades da OPAS quanto às medidas preparatórias e resposta para a influenza. A Força-Tarefa havia sido responsável por redigir o plano estratégico e operacional da OPAS para responder à pandemia de influenza e plano de contingência e de pessoal. Um dos principais componentes do trabalho da Organização eram a melhoria da vigilância epidemiológica na Região, que era crítica, entre outros, para determinar a composição de vacinas. Outras áreas importantes de trabalho incluíam fortalecer a capacidade dos laboratórios de detectar o vírus da influenza, inclusive o H5N1; aumentar a utilização sazonal de vacina

contra a influenza e assegurar provisões adequadas de vacina; estabelecer vínculos entre o controle de calamidades, a defesa civil e o pessoal de saúde pública; preparar os serviços de saúde da Região para enfrentar uma possível pandemia de influenza; desenvolver estratégias de comunicação eficazes, reconhecendo que a comunicação seria fundamental para o controle de uma pandemia; fortalecer a saúde pública veterinária e promover a colaboração interinstitucional com IICA, OIE, FAO e outros organismos para a prevenção e controle da influenza aviária; e ajudar os Estados-Membros a desenvolver planos locais e nacionais de medidas preparatórias para a influenza.

188. Embora avanços substanciais tenham sido feitos, havia ainda vários desafios, em particular, manter o compromisso político com medidas preparatórias para a influenza ante prioridades concorrentes; fortalecer e promover a integração entre os setores da saúde e agricultura, principalmente com respeito à prevenção e controle da influenza aviária; e fortalecer a coordenação interinstitucional para assegurar que outros setores contribuíssem para os planos nacionais de medidas preparatórias para influenza, que não podiam ser de única responsabilidade do setor da saúde.

189. Pediu-se feedback do Subcomitê quanto ao plano do Secretariado de estabelecer um Centro de Operações de Emergência para servir como uma central para uma resposta institucional coordenada. Além disso, chamava-se a atenção do Subcomitê para a necessidade de realizar seminários sub-regionais para a auto-avaliação de planos nacionais de medidas preparatórias para a pandemia de influenza em todas as sub-regiões e necessidade de recrutar pessoal extra para atender às grandes demandas colocadas na OPAS de apoiar tanto o desenvolvimento de planos nacionais de medidas preparatórias para a influenza como a implementação das Normas Internacionais de Saúde. Uma lista dos postos que necessitavam ser preenchidos se encontrava no final do Documento SPP40/5.

190. O Subcomitê expressou agradecimento pelos esforços da OPAS em preparar a Região para uma pandemia de influenza em potencial e instou a Organização a continuar exercendo firme liderança nesse sentido. O Subcomitê também expressou firme apoio à criação de um Centro de Operações de Emergência, organização de seminários sub-regionais para a avaliação de planos nacionais de medidas preparatórias para a influenza e o recrutamento de pessoal para preencher os quatro postos mencionados no Documento SPP40/5. Vários delegados solicitaram informações sobre como o Secretariado propunha financiar estas iniciativas. Sugeriu-se que se buscassem contribuições voluntárias para esta finalidade e se incentivava os Estados-Membros a recorrer à OMS para canalizar uma parcela maior de suas contribuições voluntárias às Américas para atividades de medidas preparatórias para a influenza. Sugeriu-se que o Secretariado poderia considerar parcerias público-privadas como uma estratégia de captação das verbas necessárias para criar o Centro de Operações de Emergência.

191. O Subcomitê salientou a necessidade de ação intersetorial. Os delegados eram de opinião que seria impossível armar um plano de medidas preparatórias para a pandemia com êxito sem a participação de outros setores, em especial pessoal de resposta à emergência. A importância de cooperação e coordenação com o setor da agricultura foi destacada. Nesse sentido, um delegado achava que deveria ter sido dada mais ênfase no Documento SPP40/5 à vinculação da estratégia da OPAS com a estratégia da FAO, OIE, IICA e outros organismos da área da saúde animal.

192. Aumentar a disponibilidade da vacina sazonal contra influenza e assegurar sua qualidade, segurança e eficácia eram também considerados essenciais. Os delegados salientaram a necessidade de assegurar a equidade no acesso a vacinas, particularmente nos países de baixa e média renda que não eram produtores de vacinas, e promover a transferência de tecnologias e formação profissional de recursos humanos para permitir aos países que tinham a capacidade necessária começar a produzir vacina. Sugeriu-se que a OPAS deveria formular recomendações para ajudar os países a priorizar os grupos a serem vacinados em caso de falta de vacina. O Delegado do Canadá observou que, em março de 2005, o Health Canada, junto com OMS e a Agência de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos, havia patrocinado o primeiro seminário global sobre medidas regulamentares para vacinas humanas contra a pandemia de influenza e anunciou que o segundo seminário seria realizado em junho de 2006 em Washington, D.C.

193. A importância de informação ao público e comunicação de riscos foi também enfatizada. Sugeriu-se que a OPAS deveria formular diretrizes para comunicação eficaz com o público em geral e com grupos específicos, como políticos.

194. O Delegado de Barbados, aludindo às observações do Dr. Ehrenberg com respeito ao fortalecimento de laboratórios, fez um pedido especial de ajuda da Organização para o fortalecimento da capacidade dos laboratórios no Caribe para testes de influenza. O Delegado da Costa Rica perguntou qual era a posição da OPAS no que se referia à previsão feita pelo Dr. David Nabarro, coordenador sênior do sistema das Nações Unidas para Influenza Aviária e Humana, de que a influenza aviária provavelmente atingiria as Américas dentro de seis ou sete meses.

195. Vários delegados descreveram as medidas sendo adotadas em seus respectivos países em preparação a uma possível pandemia. O Delegado da Argentina apresentou uma cópia do plano de contingência de seu país para a pandemia de influenza e SARS; ele também descreveu os esforços em andamento dentro de MERCOSUL com respeito às medidas preparatórias para influenza e divulgou uma decisão preliminar recentemente aprovada pelos ministros da Saúde da sub-região quanto a estratégias conjuntas para ação pelos países do MERCOSUL para enfrentar os riscos de uma pandemia de influenza aviária. O Delegado do México apresentou uma declaração por escrito contendo detalhes

de um plano nacional de medidas preparatórias e resposta à influenza de seu país e sugerindo várias revisões ao Documento SPP40/5.

196. O Dr. Ehrenberg agradeceu ao Subcomitê por seu apoio às atividades de medidas preparatórias para a influenza do Secretariado e às propostas de criar um Centro de Operações de Emergência, realizar seminários sub-regionais e contratar pessoal extra para melhorar a capacidade operacional da Organização. O Secretariado estava trabalhando ativamente para captar contribuições voluntárias, inclusive uma parcela maior das contribuições voluntárias da OMS, e estava otimista de que financiamento suficiente chegaria em breve. Ele expressou agradecimento aos países que haviam se ocupado de promover a causa frente à OMS para aumentar o volume de recursos extra-orçamentários aportando à Região das Américas.

197. Ele concordou que a participação de outros setores nas medidas preparatórias para a influenza era crítica. De fato, a OPAS vinha enfatizando que os planos nacionais de medidas preparatórias não poderiam ser considerados completos até que estabelecessem como os diferentes setores que não o da saúde participariam. A Diretora havia enviado recentemente um memorando a todos os Representantes da OPAS/OMS, incentivando-os a aproveitar qualquer oportunidade de promover a participação de outros setores no âmbito nacional.

198. Com respeito à previsão feita pelo Dr. Nabarro, ele não achava de que era apropriado a OPAS especular sobre quando a influenza aviária poderia chegar às Américas. Muitos fatores influíam na propagação da doença, e era impossível prever com exatidão quando a Região poderia ser atingida. O importante era estar bem preparado para enfrentar a influenza aviária quando esta viesse a chegar.

199. A Diretora, observando que vários delegados haviam mencionado a dificuldade de incluir outros setores em suas atividades de medidas preparatórias no âmbito nacional, disse que a Organização estava passando por dificuldade semelhante ao atrair outros organismos na resposta à ameaça da influenza aviária e pandemia de influenza humana. Infelizmente, poucas medidas estavam sendo tomadas pelos organismos fora do setor da saúde. Reconhecendo que a resposta à influenza aviária tinha de ser encabeçada pelo setor da saúde animal, a OPAS havia trabalhado estreitamente com o IICA e também havia tentado promover maior participação da FAO e da OIE em medidas preparatórias regionais; porém, como ela havia dito antes, estes dois organismos globais tinham uma presença bastante limitada nos países das Américas. A OPAS também estaria trabalhando com outros organismos internacionais para ajudá-los a desenvolver planos de proteção e contingência para seus escritórios e pessoal nas Américas.

200. Com respeito ao Centro de Operações de Emergência, ela observou que a Organização inicialmente havia estabelecido tal centro em 1998 diante do furacão Mitch. O Secretariado se basearia nesta experiência e também na do Centro de Operações de

Alerta e Resposta da OMS ao criar o centro da OPAS. Ela também assinalou que a Organização já dispunha de um centro de operações de emergência de fato no sentido de que o pessoal já estava realizando todas as funções de tal centro. Porém, para melhor ajudar os Estados-Membros e assegurar uma resposta a mais oportuna possível à ameaça da influenza, o Secretariado achava que a infra-estrutura e o pessoal necessário para um verdadeiro centro de operações de emergência deveriam ser implantados. Propunha-se que o centro deveria ser alojado no espaço atualmente ocupado pela biblioteca na sede da OPAS; portanto seria acessível ao público. O Secretariado havia desenvolvido uma proposta detalhada para a criação do centro, que seria apresentada a possíveis fontes de financiamento.

Outros assuntos

Avaliação de programas pela divisão de Serviços de Supervisão Interna

201. A Sra. Dianne Arnold (diretora interina de Administração, OPAS), informando as medidas que haviam sido adotadas desde setembro de 2005 para fortalecer os Serviços de Supervisão Interna da Organização (IOS), disse que o tamanho da divisão havia aumentado com a adição de um posto de funcionário graduado de avaliação. Assim, o pessoal dos IOS constava de um auditor sênior, subordinado ao Diretor da OPAS, e um auditor e um funcionário graduado de avaliação que prestavam contas ao auditor sênior. Infelizmente, o auditor sênior havia se demitido em fevereiro de 2006; o Secretariado estava atualmente no processo de recrutamento de um substituto. Também estavam recrutando para o posto de funcionário graduado de avaliação. A divisão era apoiada pelos Serviços de Supervisão Interna da OMS, assim a OPAS poderia aproveitar os recursos humanos disponíveis na Sede da OMS em caso de pessoal extra ser necessário devido a uma vaga ou à necessidade de um especialista em uma determinada área.

202. Os IOS realizaram dois tipos de auditorias: (1) representação nos países e avaliações de centros e auditorias, 19 das quais haviam sido realizadas durante 2004–2005; e (2) avaliações programáticas. Até o momento, este último tipo de auditoria era realizado nas seguintes áreas: fundos rotatórios para compra de vacina e provisões estratégicas de saúde pública, HIV/AIDS, viagens, cartas de acordos e compras. O resultado destas avaliações era um relatório para a Diretora, com recomendações de ação.

203. A Diretora observou que os Serviços de Supervisão Interna entregariam seu relatório ao Comitê Executivo em junho. Este relatório conteria informação sobre as recomendações do serviço e sua repercussão no trabalho do Secretariado.

Preparação de Saúde nas Américas, edição de 2007

204. A convite da Diretora, o Dr. Fernando Zacarías (chefe interino, Unidade de Análise em Saúde e Sistemas de Informação) apresentou um resumo do processo que levou à produção da edição de 2007 de *Saúde nas Américas*, que proporcionaria grande parte da informação sobre os problemas de saúde na Região a ser utilizada para formular a agenda de saúde regional, plano estratégico e outros planos de saúde pública.

205. Os principais temas cruzados da edição de 2007 incluíam equidade, gênero, grupo étnico e direitos humanos, mas também haveria uma forte ênfase na agenda de saúde inconclusa nas Américas, proteção de conquistas passadas e novos desafios. Como no passado, a publicação compreenderia dois volumes, o primeiro oferecendo uma descrição e análise da situação da saúde e seus fatores determinantes na Região como um todo, o segundo consistindo de relatórios sobre a situação da saúde em cada país-membro e participante. A edição de 2007 também incluiria um capítulo final sobre as perspectivas de saúde para o ano 2015, o ano previsto para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio.

206. O processo de preparação da publicação incluiu três etapas. A primeira, que havia começado em agosto de 2005, foi uma etapa conceitual, durante a qual um grupo interprogramático formado por pessoal das representações nos países e unidades regionais havia formulado as diretrizes técnicas para a preparação dos capítulos para as edições nacional e regional. A segunda etapa, atualmente em andamento, era a preparação dos capítulos nacional e regional, que se previa estarem concluídos por volta de maio e julho de 2006, respectivamente. A fase final, revisão e produção, começaria em novembro de 2006 e culminaria com a publicação, em versão impressa e eletrônica, durante a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2007.

Agenda da 138ª sessão do Comitê Executivo

207. A Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS) apresentou a agenda provisória preparada pelo Secretariado para a 138ª sessão do Comitê Executivo (Documento CE138/1).

208. O Subcomitê recomendou que, no interesse de agilizar a consideração de uma agenda bastante cheia, os temas 4.11 (Estratégia Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde) e 4.12 (Estratégia e Plano de Ação Regionais para Nutrição e Desenvolvimento) deveriam ser combinados. O Subcomitê, observando que as apresentações pelo pessoal do Secretariado nas reuniões dos Órgãos Diretivos geralmente eram bem parecidas ao conteúdo dos documentos de trabalho, também recomendou que as apresentações fossem reduzidas para dar mais tempo para o debate de cada tema pelos Estados-Membros. Além disso, o Subcomitê solicitou que as propostas de resolução fossem divulgadas com

antecedência para que os Estados-Membros estivessem mais bem preparados para discuti-las.

209. Sugeriu-se que, ao formular a agenda de reuniões para a sessão, o Secretariado deveria considerar programar os temas 6.2 (Declaração pelo Representante da Associação do Pessoal da RSPA) e 7.7 (Relatório Anual sobre Recursos Humanos da RSPA) para debate durante a mesma reunião. Sugeriu-se também que o tema 7.6 (Relatório sobre Medidas preparatórias em Caso de Calamidade na Região das Américas) deveria ser tratado antes do tema 7.5 (Pandemia de Influenza: Relatório de progresso).

210. O Delegado dos Estados Unidos sugeriu que o título do tema da agenda 4.8 (Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito à Saúde e Outros Direitos Relacionados) fosse mudado para “Incapacidade: Prevenção e Reabilitação” e que o tópico fosse abordado de uma perspectiva de saúde pública, e não de uma perspectiva de direitos humanos. Como sua Delegação havia declarado antes, os Estados Unidos não achavam que a OPAS era um fórum apropriado para debates sobre direitos humanos; além disso, o direito à saúde não era um direito que jamais havia sido acordado em algum fórum internacional. Com respeito ao tema 4.10 (Proposta para uma Década em Recursos Humanos para a Saúde nas Américas, 2006–2015), ele disse que os Estados Unidos não acreditavam que houvesse necessidade de tal década. Ele recordou que o Secretariado da OMS também havia proposto uma década de recursos humanos para a saúde, mas, após analisar suas implicações de custo e viabilidade, havia decidido contra ela. Os Estados Unidos esperavam que a Região das Américas cumprisse esta decisão da Sede da OMS.

211. O Delegado do Brasil propôs a inclusão, sob o tema 7 (Assuntos para Informação), de um relatório sobre o trabalho da recém criada Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, que se baseava na Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS.

212. A Diretora observou que a maioria dos documentos preparada pelo Secretariado era acompanhada de propostas de resoluções; em consequência, estas resoluções seriam distribuídas com antecedência. Porém, os Estados-Membros tinham direito de apresentar as propostas de resoluções durante as sessões dos Órgãos Diretivos e evidentemente não seria possível divulgá-las com antecedência.

213. Com relação ao tema sobre incapacidade, ela disse que o título havia sido proposto pelo presidente do Panamá. O Secretariado não tinha autoridade para mudar os títulos dos temas propostos pelos Estados-Membros, nem o Subcomitê de Planejamento e Programação, que não era um órgão de tomada de decisões. Porém, como o Secretariado era responsável por formular o documento de trabalho sobre o tema, se esforçaria para esclarecer com o governo do Panamá como o tema deveria ser abordado. Os Estados-Membros depois teriam a oportunidade de discutir o documento durante a 138^a sessão do

Comitê Executivo e decidir se, e de que forma, deveria ser encaminhado ao Conselho Diretor.

214. O Delegado da Argentina disse que seu governo, na condição de presidente do Comitê Executivo, ajudaria a esclarecer com o governo do Panamá qual abordagem a ser adotada para este tema.

Documentos para os Órgãos Diretivos: Preparação e cronogramas

215. O Sr. Nick Previsich (Canadá) observou que a maioria dos documentos para o Subcomitê com muito custo havia cumprido o prazo de entrega de três semanas para a circulação dos documentos de trabalho, e alguns foram disponibilizados menos de três semanas antes da abertura da sessão. Ele assinalou que o quanto antes os Estados-Membros recebessem os documentos, mais bem preparados eles estariam para discuti-los e fornecer subsídios e orientação valiosa sobre as atividades da Organização. Ele portanto solicitava ao Secretariado para que disponibilizasse todos os documentos de trabalho o quanto antes. Em sua opinião, três semanas não permitiam tempo suficiente para uma preparação completa. Ele também observou que o Comitê Executivo havia concordado algum tempo atrás que todos os documentos de trabalho incluíssem informação sobre recursos (humano e financeiro) e o impacto nas populações vulneráveis, principalmente os povos indígenas, idosos e mulheres e crianças. Ele solicitou que tal informação fosse incluída em todos os documentos de trabalho para o Comitê Executivo.

Encerramento da sessão

216. Depois da troca usual de cortesias, a Presidente declarou encerrada a 40ª sessão do Subcomitê.

Anexos

AGENDA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e do Relator
3. Aprovação da Agenda e do Programa das reuniões
4. Metodologia para a formulação do Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2008-2012 e proposta de Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017
5. Estrutura da OPAS para captação de recursos
6. Desempenho Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde em 2004-2005: Resumo dos recursos financeiros e tendências
7. Relatório do progresso do Grupo de Trabalho para a Simplificação dos Mecanismos de Governança da OPAS
8. Atualização do processo de fortalecimento institucional da RSPA
9. Planos de saúde pública para as Américas: Estrutura conceitual e processo
10. Plano de ação para implementação da gestão baseada em resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana
11. Análise dos Centros Pan-Americanos
12. Estratégia regional para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde
13. Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição e desenvolvimento
14. Pandemia de influenza: Relatório do progresso
15. Outros assuntos
16. Encerramento da sessão

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de trabalho

SPP40/1, Rev. 1 y SPP40/WP/1	Agenda e do Programa das reuniões
SPP40/3	Metodologia para a formulação do Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2008-2012 e proposta de Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017
SPP40/4	Estrutura da OPAS para captação de recursos
SPP40/5	Pandemia de influenza: Relatório do progresso
SPP40/6	Relatório do progresso do Grupo de Trabalho para a Simplificação dos Mecanismos de Governança da OPAS
SPP40/7	Atualização do processo de fortalecimento institucional da RSPA
SPP40/8	Planos de saúde pública para as Américas: Estrutura conceitual e processo
SPP40/9	Plano de ação para implementação da gestão baseada em resultados na Repartição Sanitária Pan-Americana
SPP40/11	Estratégia regional para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo Alimentação, Atividade Física e Saúde
SPP40/12	Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição e desenvolvimento

Documentos de Informação

SPP40/INF/1	Desempenho Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde em 2004-2005: Resumo dos recursos financeiros e tendências
SPP40/INF/2	Análise dos Centros Pan-Americanos

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Lic. Karina Chierzi
Jefa de Gabinete de la Subsecretaria de Relaciones
Sanitarias e Investigación en Salud
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
Buenos Aires

Sr. Sebastián Molteni
Representante Alterno de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Barbados

Ms. Diane Campbell
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Joy St. John
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Members of the Subcommittee (*cont.*)
Miembros del Subcomité (*cont.*)

Canada
Canadá

Mr. Nick Previsich
Acting Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

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

Dr. Nazanin Meshkat
Advisor
International Health Policy and
Communication Division
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Amrita Paul
Health Specialist
Canadian International Development Agency
Ottawa

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

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

Costa Rica

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Sra. Roxana Terán-Victory
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Paraguay

Dr. Roberto E. Dullak Peña
Viceministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. José Méndez-Vall
Primer Secretario y Representante Alterno
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Venezuela

Lic. Rosicar Mata León
Directora General de la Oficina de Cooperación Técnica
y Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Caracas

**Observer Member States
Estados Miembros Observadores**

***Brazil
Brasil***

Sr. José Roberto de Araújo Ferreira
Gerente de Projeto da Presidência
da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

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

***Grenada
Granada***

Dr. Carlene Radix
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Security, the Environment,
and Ecclesiastical Affairs
St. George's

***Mexico
México***

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

Lic. Alejandra Morel
Directora para Asuntos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Observer Member States (cont.)
Estados Miembros Observadores (cont.)

Mexico (cont.)

México (cont.)

Sra. Helena Arrington
Subdirectora para Organismos Multilaterales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Juan Gabriel Morales
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Lisa Spratt
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Observer Member States (*cont.*)
Estados Miembros Observadores (*cont.*)

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

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

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

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Bill Kean
Director, Governing Body and External Relations
Geneva

Dr. Xavier Leus
Director, WHO Representative to World Bank/IMF
Washington, D.C.

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

*Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité*

Dr. Mirta Roses Periago
Director/Directora

*Advisers to the Director
Asesores de la Directora*

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Ms. Dianne Arnold, a.i.
Director of Administration
Director de Administración

- - -