



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

CE130/FR (Port.)

1 agosto 2002

ORIGINAL: PORTUGUÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	6
Procedimento	6
Autoridades	6
Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões	7
Representação do Comitê Executivo na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Relatórios dos Comitês e Subcomitês	8
Relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação	8
Relatório do Comitê de Premiação do Prêmio OPAS para Administração, 2002	9
Relatório do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS	9
Assuntos Relativos às Políticas Programáticas	10
Proposta de Orçamento por Programas da Organização Mundial da Saúde para a Região das Américas para o Exercício Econômico 2004-2005	10
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas	13
Vacinas e Imunização	16
Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002	21
Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007	24
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)	30
Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho	32
Saúde e Envelhecimento	37
Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna	40

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos Relativos às Políticas Programáticas (cont.)	
Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas.....	44
Mulher, Saúde e Desenvolvimento.....	47
Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências Ambientais (CEPIS).....	49
Relatório Sobre a Reunião de Ministros da Saúde e Meio Ambiente das Américas (MSMAA).....	53
Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde.....	55
Assuntos Administrativos e Financeiros	56
Relatório Sobre a Arrecadação de Cotas.....	56
Regulamento Financeiro da OPAS.....	58
Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001 e Relatório Sobre o Fundo de Capital de Giro.....	59
Edifícios e Instalações da OPAS.....	66
Assuntos Referentes ao Pessoal	66
Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA.....	66
Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA.....	68
Assuntos de Informação Geral	71
Resoluções e Outras Ações da 55ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS.....	71
Assuntos Diversos	72
Entrega do Prêmio pela Sociedade Mundial de Epidemiologia Veterinária.....	73
Encerramento da Sessão	74

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluções e Decisões	74
Resoluções	74
CE130.R1 Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007	74
CE130.R2 Proposta de Orçamento por Programas da Organização Mundial da Saúde para a Região das Américas para o Exercício Econômico 2004-2005	76
CE130.R3 Arrecadação das Quotas	76
CE130.R4 Regulamento Financeiro da OPAS	77
CE130.R5 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo Correspondentes a 2000-2001	78
CE130.R6 Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas	79
CE130.R7 Vacinas e Imunização	81
CE130.R8 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)	83
CE130.R9 Ampliação da Proteção Social em Matéria de Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho	84
CE130.R10 Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Maternas	86
CE130.R11 Edifícios da OPAS e suas Instalações	88
CE130.R12 Modificações no Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana	88
CE130.R13 Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas	90
CE130.R14 A Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento	91
CE130.R15 Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS)	93
CE130.R16 Relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração, 2002	95
CE130.R17 Organizações Não-Governamentais em Relações Oficiais com a OPAS	95
CE130.R18 Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	96
CE130.R19 A Saúde e o Envelhecimento	97

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções (cont.)

CE130.R20	Relatório da Reunião dos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas (MSMAA).....	98
-----------	---	----

Decisões 100

CE130(D1)	Aprovação da Agenda.....	100
CE130(D2)	Representação do Comitê Executivo na 26 ^a Conferência Sanitária Pan-Americana, 54 ^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	100
CE130(D3)	Relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação.....	101
CE130(D4)	Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999–2002.....	101
CE130(D5)	Fundo de Capital de Giro.....	101
CE130(D6)	Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde.....	101
CE130(D7)	Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA.....	102
CE130(D8)	Resoluções e outras ações da 55 ^a Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS.....	102

Anexos

Anexo A.	Agenda
Anexo B.	Lista de documentos
Anexo C.	Lista de participantes

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

A 130ª Sessão do Comitê Executivo realizou-se na Sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) de 24 a 27 de junho de 2002. Compareceram à reunião os seguintes Membros do Comitê Executivo: Bolívia, Canadá, El Salvador, Guiana, Honduras, Jamaica, Peru, República Dominicana e Uruguai. Na qualidade de observadores, estiveram presentes delegados dos seguintes Estados Membros da Organização: Argentina, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, França e México. Cinco organizações intergovernamentais e oito organizações não-governamentais também se fizeram representar.

O Dr. Leslie Ramsammy (Guiana, Presidente do Comitê Executivo) deu início à sessão dando as boas-vindas aos participantes. O Dr. George A. O. Alleyne (Diretor, Repartição Sanitária Pan-Americana) também estendeu suas boas-vindas. Sua presença foi evidência da importância que os países atribuem ao trabalho da Organização e às reuniões dos Órgãos Diretores. A 130ª Sessão do Comitê foi particularmente importante, dado que a Secretaria e os Estados Membros se preparavam para a Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2002.

Procedimento

Autoridades

Os Membros eleitos para ocupar cargos na 129ª Sessão do Comitê continuaram no exercício de seus respectivos cargos na 130ª Sessão. Dessa forma, as autoridades foram as seguintes:

<i>Presidente:</i>	Guiana	(Dr. Leslie Ramsammy)
<i>Vice-Presidente:</i>	Uruguai	(Dr. Julio Vignolo Ballesteros)
<i>Relator:</i>	Bolívia	(Dr. Enrique Paz Argandoña)

O Diretor atuou como Secretário *ex officio* e o Dr. David Brandling-Bennett, Vice-Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), atuou como Secretário Técnico.

Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões (Documentos CE130/1, Rev. 1, e CE130/WP/1)

Em conformidade com o artigo 9 do Regulamento o Comitê adotou a agenda provisória preparada pela Secretaria. O Comitê também adotou o programa de reuniões (Decisão CE130(D1)).

Representação do Comitê Executivo na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE130/3)

Em conformidade com o artigo 54 do Regulamento, o Comitê Executivo nomeou a Guiana e o Uruguai, respectivamente seu Presidente e Vice-Presidente, para representar o Comitê na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Canadá e Bolívia foram designados como suplentes, respectivamente, da Guiana e Uruguai (Decisão CE130(D2)).

Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE130/4, Rev. 2)

O Dr. David Brandling-Bennett (Vice-Diretor, RSPA) apresentou a agenda provisória preparada pelo Diretor, de conformidade com o Artigo 7.F da Constituição da OPAS e o artigo 8 do Regulamento da Conferência Sanitária Pan-Americana. Ele observou que o item 4.8, “Saúde e Envelhecimento”, foi adicionado a pedido do Comitê Executivo. Ele também chamou a atenção para dois novos itens a respeito dos Prêmios: o Prêmio de Bioética Manuel Velasco-Suárez (item 7.3), o novo prêmio anual apresentado pela primeira vez na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. e o Prêmio Centenário da OPAS de Jornalismo sobre Saúde (item 7.4), o qual seria apresentado unicamente em 2002, o ano do centenário.

Observando que a agenda estava repleta, o Comitê Executivo fez duas sugestões que poderiam reduzir a carga de trabalho: primeiro, as delegações poderiam emitir relatórios sobre progressos e conquistas de seus países nas várias áreas de programa ao invés de falar sobre elas e, segundo, grupos sub-regionais como a Comunidade do Caribe (CARICOM) ou o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) poderiam desenvolver posições regionais e escolher um porta-voz para fazer uma declaração em nome de todos os países membros.

Em resposta à sugestão de adicionar um item relacionado com os eventos e celebrações do Centenário, o Diretor disse que em seu próprio relatório trataria minuciosamente desse assunto.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R18, aprovando a agenda provisória, conforme revisada.

Relatórios dos Comitês e Subcomitês

Relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação (Documento CE130/5)

O Relatório da 36ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) foi apresentado pelo Dr. Francisco López Beltrán, representando o Governo de El Salvador, o qual foi eleito Presidente do subcomitê na 36ª Sessão. Essa sessão foi realizada na sede da OPAS em 25-27 de março de 2002. O Subcomitê discutiu os seguintes itens, os quais também estavam na agenda da 130ª Sessão do Comitê Executivo: Avaliação das Orientações Estratégica e Programáticas, 1999-2002; Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007; Atenção Integrada às Doenças da Infância; Expansão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho; Saúde e Envelhecimento; Estratégia Regional para Redução da Mortalidade e Morbidade Materna; Mulher, Saúde e Desenvolvimento; e Resposta da Saúde Pública a Doenças Crônicas. Os comentários e recomendações do Subcomitê sobre esses itens foram levados em conta na revisão dos documentos para o Comitê Executivo e estão refletidos nas apresentações e discussões nos respectivos itens da agenda no presente relatório.

O Subcomitê também discutiu um item relacionado com os Centros Pan-Americanos; Entretanto, em vez de enviar o item para o Comitê Executivo, o Subcomitê recomendou que o Comitê concentrasse sua atenção na avaliação de um único centro, o Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciência Ambiental (CEPIS).

Resumos das apresentações e discussões de todos os itens acima mencionados encontram-se no relatório final da 36ª sessão do Subcomitê (Documento SPP36/FR).

Na discussão que se seguiu ao relatório do Dr. López Beltrán, destacou-se a necessidade de esclarecer a atuação dos Centros Pan-Americanos em relação aos países, especialmente na área de pesquisa. Foi enfatizado que os centros regionais não deveriam duplicar seus esforços nos centros nacionais de pesquisas, mas complementar e ajudar a incrementar sua capacidade de pesquisa.

O Diretor agradeceu ao Dr. López Beltrán sua atuação como Presidente do SPP e expressou sua apreciação aos Membros do Subcomitê por sua contribuição, a qual foi muito útil na preparação dos documentos para o Comitê Executivo.

O Comitê tomou nota do relatório e agradeceu ao Subcomitê pelo seu trabalho (Decisão CE130(D3)).

Relatório do Comitê de Premiação do Prêmio OPAS para Administração, 2002 (Documentos CE130/6 e CE130/6, Add. I)

O Dr. Manuel Sandoval Lupiae (Honduras) relatou que os representantes do Canadá, Honduras e Uruguai, os membros do Comitê de Premiação do Prêmio OMS para Administração, 20002, se reuniram na quarta-feira, 26 de junho de 2002. Após examinarem a documentação dos candidatos nomeados pelos Membros dos Estados, o Comitê decidiu conferir o prêmio ao Dr. Hugo Mendonza, da República Dominicana, por seu desempenho pioneiro na pesquisa em saúde pública e sua importante contribuição para a melhoria da saúde materna e infantil em seu país através da introdução do enfoque de saúde pública em instrução e assistência pediátrica.

O Delegado da República Dominicana expressou o agradecimento do seu país pelo prêmio concedido ao Dr. Mendonza, um grande profissional que dedicou sua vida para a saúde pública e renomado professor universitário com vários trabalhos publicados.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R16.

Relatório do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS (Documentos CE130/7 e CE130/7, Add. I)

O Sr. Luis Canales Cárdenas (Peru) apresentou o relatório do Comitê Permanente sobre Organizações Não-Governamentais. O Comitê Permanente, composto pelos representantes da Bolívia, Jamaica e Peru, reuniu-se na terça-feira, 25 de junho de 2002, para examinar um documento de informações básicas preparado pela Secretaria da OPAS contendo a petição da Fundação Interamericana do Coração (IAHF) para manter relações oficiais com a OPAS, incluindo um perfil do solicitante e histórico de sua colaboração e atividades com a OPAS. Após cuidadosa revisão dessa documentação, o Comitê Permanente recomendou ao Comitê Executivo a aprovação de relações oficiais da OPAS com a Fundação Interamericana do Coração (IAHF).

Na mesma reunião, o Comitê Permanente considerou petições para manter relações oficiais de quatro organizações não-governamentais: Organização Internacional de Associações de Consumidores (CI-ROLAC); Confederação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI); União Latino-Americana Contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (ULACETS); Coalizão Nacional de Organizações Hispânicas de Serviços Humanos e Saúde (rebatizada de Aliança Nacional de Saúde Hispânica). Após uma breve apresentação pelas respectivas ONGs e comentários da Secretaria da OPAS, tendo em vista a informação proporcionada sobre as atividades de colaboração entre cada ONG e a OPAS, o Comitê Permanente recomendou ao Comitê Executivo que autorizasse a continuação das relações oficiais com a Confederação

Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) e a Aliança Nacional de Saúde Hispânica por um período de quatro anos.

A respeito da Organização Internacional de Associações de Consumidores (CI-ROLAC) e União Latino-Americana contra Doenças Sexualmente Transmissíveis (ULACETS), O Comitê Permanente recomendou que o Comitê Executivo examinasse a situação das relações oficiais entre a OPAS e a CI-ROLAC e ULACETS, novamente, no ano seguinte com a finalidade de dar-lhes oportunidade de implementar planos de trabalho colaborativo e identificar claramente áreas técnicas que melhor se beneficiariam do esforço colaborativo.

O Representante da Confederação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) expressou seu agradecimento pela continuação das relações oficiais, descrevendo-as como um voto de confiança do Comitê Executivo com o compromisso e profissionalismo de sua organização. Também expressou agradecimento pelo apoio oferecido à COLABIOCLI pela OPAS, tanto na sede quanto na República Dominicana.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R17 sobre esse tema.

Assuntos Relativos às Políticas Programáticas

Proposta de Orçamento por Programas da Organização Mundial de Saúde para a Região das Américas para o Período Financeiro de 2004-2005 (Documento CE130/8)

O Sr. Román Sotela (Chefe, Seção de Orçamento, OPAS) apresentou a versão preliminar do orçamento por programas. Ele explicou que no ano vigente, o primeiro ano do biênio, solicitou-se que o Comitê Executivo considerasse a parcela da OMS no orçamento ordinário da OPAS. As verbas planejadas para o biênio 2004-2005 foram fornecidas pelo Diretor Geral em março e abril de 2002, e nesta ocasião as diferentes regiões foram requisitadas a informar à sede da OMS como planejavam distribuir os fundos.

Assim, a versão preliminar do orçamento por programas era uma visão parcial dos recursos, representando somente 29% do orçamento ordinário da OPAS/OMS. Conseqüentemente, os números no documento CE130/8 não eram necessariamente um indicativo do nível de compromisso da OPAS em qualquer área técnica. O quadro geral se tornará mais evidente somente quando a parcela da OPAS no orçamento for adicionada, e quando o orçamento como um todo for considerado em junho de 2003.

O montante alocado pelo Diretor Geral à OPAS para 2004-2005 é de US\$ 72.491,000,* representando uma redução de US\$ 2.191,000, ou 2,9%, em comparação com 2002–2003, quando a verba foi de US\$ 74.682,000. A redução foi aplicada igualmente nas duas porções principais do orçamento, os Programas do Escritório Regional e Internacionais e os Programas dos Países, em conformidade com a OMS.

O período de 2004-2005 foi o terceiro biênio consecutivo em que a Região das Américas viu uma redução na sua verba pela OMS. Cumulativamente, a redução foi equivalente a US\$10.195,000. As reduções progressivas decorrem da Resolução WHA51.31, aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde em maio de 1998. Uma avaliação dos efeitos das reduções foi marcada para a 57ª Assembléia Mundial de Saúde em maio de 2004.

O Anexo 1 do documento CE130/8 mostra como a quantia de US\$ 72.491,000 foi dividida entre as classificações de programa da OMS. A distribuição obedece às instruções da OMS no sentido de redirecionar o equivalente a 2% a 3% do orçamento para as áreas de prioridade de trabalho da OMS para 2004–2005.

Na discussão que se seguiu, os delegados levantaram várias questões, em particular o critério adotado para a distribuição dos fundos entre as diversas áreas. Foi observado que o documento não parece mostrar o redirecionamento de 2% a 3% para todas as onze áreas prioritárias de trabalho identificadas pela OMS para o período de 2004–2005. Indicando que a proposta do orçamento por programas mostrou reduções em alguns programas e aumento em outros e que talvez as mudanças não tenham sido sempre coerentes com as prioridades da Região (por exemplo, um aumento de 11.5% em “Evidência e informação para política,” ou uma diminuição de 8.5% em “Doenças transmissíveis”), vários delegados solicitaram que a Secretaria comentasse a respeito dessa distribuição.

Sugeriu-se que havia a necessidade de analisar como as reduções relativas do orçamento do biênio anterior foram distribuídas, e também como o déficit resultante das reduções seria resolvido. Alguns delegados acham que não seria apropriado aprovar um aumento das cotas dos países para cobrir o déficit. Um delegado propôs que a OPAS poderia apelar para a OMS, enfatizando que a distribuição regional não era suficiente para levar adiante seus programas.

A Delegada dos Estados Unidos da América disse que seu país apoiava a redistribuição regional da OMS e observou que as Américas têm sido a única das quatro regiões com diminuição de verbas que foi capaz de compensar isso aumentando seu

* Nota: Salvo indicação em contrário, todos os valores indicados neste relatório estão em dólares dos Estados Unidos.

próprio orçamento. Como a OPAS começou o processo de tomar decisões para o próximo orçamento, ela acredita que as preocupações coletivas de todos os seus Estados Membros seriam levadas em consideração. A política dos Estados Unidos não mudou; continua advogar crescimento zero para o orçamento. Sua delegação, portanto, espera que a OPAS faça os ajustes necessários, continue a buscar maior eficácia e considere a disponibilidade de recursos extra-orçamentários.

Em resposta, o Sr. Sotela enfatizou que era ilusório olhar somente para uma parte do contexto e tentar deduzir as prioridades da OPAS. A versão preliminar do orçamento por programas, representando somente 29% do orçamento total da OPAS, não poderia ser usada para se concluir qual item teria mais ou menos prioridade para a OPAS. Em breve, a OPAS começaria o planejamento para todo o período 2004-2005, e em dezembro já teria recebido todas as propostas preparadas pelos representantes da OPAS nos países em consulta com os governos. Na ocasião, as prioridades da Organização e seus Estados Membros se tornariam evidentes.

A respeito da distribuição dos fundos para as áreas de trabalho prioritárias, explicou que o redirecionamento de 2%-3% não seria, necessariamente, visto em cada categoria. As instruções da OPAS foram de um redirecionamento agregado de 2%-3%. A OPAS fez o melhor que pôde para implementar o redirecionamento e cobrir o maior número possível de áreas, mas as áreas de prioridade da OMS não receberiam necessariamente o mesmo aumento.

O Diretor reiterou que a versão preliminar do orçamento por programas mostra somente uma parte da situação. A OPAS fez o melhor que pôde para seguir as instruções vindas da OMS em relação ao redirecionamento. Entretanto, como o Diretor Geral constantemente enfatizou, não era possível fazer isso de uma maneira simples e mecânica. Por exemplo, o problema da malária foi mais sério na África do que nas Américas; conseqüentemente o redirecionamento para esta área, sem dúvida, seria maior para esta Região. Uma vez que toda a situação tenha sido analisada, o grau em que a OPAS seguiu as prioridades da OMS — a maioria aceita pelos Órgãos Diretores da OPAS como relevantes — se tornaria evidente.

A redução de verbas era uma realidade com a qual a OPAS tinha que lidar, e nada poderia ser feito para alterar a situação no momento. O importante para a OPAS era ser muito vigilante quando toda a questão da distribuição de recursos fosse reexaminada em 2004 e assegurar que o resultado dessas deliberações fosse equitativo em termos do mundo como um todo.

Ele observou que a Região das Américas até agora foi muito bem-sucedida em mobilizar recursos extra-orçamentários. Se os representantes dos Estados Membros

continuassem a bater nas portas certas, era de se esperar que haveria um orçamento suficiente para levar adiante os programas da Organização.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R2 sobre esse tema.

Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas (Documentos CE130/9 e CE130/9, Add. I)

O Dr. Fernando Zacarias (Coordenador do Programa sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/Doenças Sexualmente Transmissíveis da OPAS) resumiu as informações mais recentes sobre HIV/AIDS nas Américas e no mundo. A epidemia estava atualmente presente em todos os países e continentes. No mundo inteiro, estima-se que 40 milhões de adultos e crianças estavam infectados com o HIV/AIDS até o final de 2001. Nas Américas, o número era de 2,8 milhões. A situação era particularmente séria no Caribe, onde em alguns países e grupos da população a prevalência do HIV atingia a alta porcentagem de 8%. O número de casos notificados nesta Região chegou a 1,2 milhão. Além disso, estima-se que 40 milhões de casos de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) ocorram a cada ano.

O Documento CE130/9 apresenta uma síntese do progresso até agora na Região em relação a promoção da saúde sexual, comunicação, segurança do sangue, orientação para usuários de drogas injetáveis, redução de transmissão entre mães e filhos e aplicação do modelo “passo a passo” de tratamento integrado da Organização para pessoas que vivem com HIV/AIDS, suas famílias e provedores de assistência. Acelerando o acesso aos medicamentos antirretrovirais, uma recente iniciativa lançada pela OMS/OPAS e associada ao Programa das Nações Unidas sobre AIDS (UNAIDS) procurou aumentar a disponibilidade desses medicamentos a preços acessíveis. Até a presente data, 26 países nas Américas manifestaram o desejo de participar dessa iniciativa. Onze missões de avaliação e planejamento foram organizadas, as negociações para redução de preços das drogas foram finalizadas ou estão em andamento em sete países. Adicionalmente, foi discutida a possibilidade de um acordo sub-regional sobre preços para os países que fazem parte da Comunidade do Caribe (CARICOM).

Vários eventos recentes proporcionaram a oportunidade de progresso de uma resposta para a epidemia. Uma delas foi a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre HIV/AIDS, em junho de 2001, a qual foi discutida pelo Comitê em sua 128ª Sessão. Outros eventos foram o estabelecimento do novo Fundo Global de combate à AIDS, Tuberculose e Malária, o qual já teve recursos aprovados em vários países da Região e a assinatura da Agenda Compartilhada para a Saúde, um acordo entre a OPAS, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial para colaboração no âmbito de assuntos de saúde, incluindo HIV/AIDS. Os países estão também juntando forças em parcerias sub-regionais. No nível internacional, além de

acelerar a iniciativa de acesso aos antirretrovirais, a OMS desenvolveu uma estratégia global de saúde voltada para HIV/AIDS e outras IST. A 14ª Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em julho de 2002 em Barcelona, proporcionou mais oportunidades para confrontar uma infinidade de desafios criados pela pandemia de HIV/AIDS.

O Dr. Zacarías concluiu enfatizando que a experiência do passado mostrou o que deu bons resultados e o que ainda precisa ser feito para conter a disseminação do HIV. Existe conhecimento suficiente para melhorar bastante a situação do HIV/AIDS até 2010. As ações tomadas pelos países do mundo nos próximos anos determinarão se isso acontecerá ou não.

O Comitê Executivo aplaudiu a ampla resposta regional ao HIV/AIDS e endossou a abordagem “passo a passo”, que enfatiza a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde e considera a prevenção e o atendimento não como prioridades competitivas, mas como parte dos cuidados de saúde. Os Delegados sublinharam a necessidade de melhorar os preços e acesso aos medicamentos antirretrovirais, já que isso é essencial para fornecer tratamento a milhões de pessoas na Região, já infectadas pelo vírus. Apoiou-se a abordagem de saúde pública à terapia antirretroviral defendida pela OMS. Além disso, considera-se que assegurar tratamento e cuidados para pessoas infectadas pelo HIV ajuda reduzir o estigma e a discriminação, aos quais elas estão quase sempre sujeitas. Além do mais, tratamento e cuidado poderia ser a estratégia para prevenir a transmissão do vírus. Neste contexto, foi solicitado ao Dr. Zacarías que informasse ao Comitê sobre os esforços da OPAS na negociação dos acordos de preços e facilidade de acesso aos medicamentos antirretrovirais através do Fundo Rotativo para Artigos Estratégicos de Saúde Pública.

O Comitê também elogiou a OPAS pelo seu trabalho em promover e implementar a declaração da UNGASS e enfatizou a necessidade de contínuo monitoramento e divulgação de informações sobre a consecução das metas estabelecidas pelos países na sessão especial. Em relação ao Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, os delegados, expressaram a esperança de que a Secretaria que foi criada para administrar o Fundo seja mantida no menor tamanho possível; assim os fundos mobilizados não seriam gastos com custos administrativos. O Comitê reconheceu a necessidade de uma resposta coordenada internacional para a epidemia de HIV/AIDS, porque, como o documento corretamente assinala, trata-se de um problema global com efeitos de longo alcance. Vários Estados Membros descreveram a iniciativa de cooperação entre seus governos e outros países da Região para combater a propagação do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Um Delegado observou que o problema do HIV/AIDS tem um “raio de esperança” no sentido de que deu origem a níveis sem precedentes de colaboração internacional e intersetorial, o que se traduziria em ganhos em outras áreas, tais como redução da pobreza e melhoramento global das condições de saúde.

Várias possíveis melhorias foram propostas para o documento. Foi sugerido que a seção sobre atenção integrada poderia ser melhorada se atribuísse maior ênfase ao papel que as comunidades e organizações comunitárias poderiam desempenhar na redução da propagação do HIV e propiciando apoio para indivíduos infectados e suas famílias. Foi também assinalado que a atenção integrada poderia incluir o teste voluntário e confidencial e aconselhamento, para que as pessoas saibam se foram ou não infectadas pelo HIV e possam lidar com isso apropriadamente, junto com apoio psicossocial para indivíduos infectados, suas famílias e comunidades. Vários delegados observaram que o documento não abordava o papel da pesquisa e sua importância em propiciar a base para o desenvolvimento de políticas e intervenções.

Os Delegados também sublinharam a necessidade de que a promoção da saúde e educação focalize as atitudes culturais e práticas que estão na raiz do comportamento do indivíduo. O documento corretamente enfatiza a necessidade de mudança de comportamento, mas as intervenções visando os indivíduos tiveram resultados irregulares até agora. Seria, portanto, necessário expandir os esforços de promoção da saúde e tentar mudar os padrões culturais que encorajam ou desencorajam certos tipos de comportamentos. O Delegado do Uruguai chamou a atenção para um erro no documento, o qual afirmava que a droga intravenosa era a principal maneira de transmissão do HIV em seu país; na verdade, a maioria dos indivíduos soropositivos no Uruguai foi infectada através de relações sexuais.

A representante da ULACETS viu com satisfação o reconhecimento no documento da importância das infecções sexualmente transmissíveis além do HIV/AIDS. Ela anunciou que o Congresso Mundial sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e AIDS será realizado no Uruguai em 2003, sendo que pela primeira vez este evento será realizado no hemisfério. Um tema principal de discussão no Congresso será o das intervenções para HIV/AIDS e outras IST que podem ser aplicadas em contextos de escassez de recursos.

O Dr. Zacarias concordou com os comentários dos delegados sobre a importância da pesquisa, observando que o Programa sobre HIV/AIDS da OPAS teve inicialmente forte orientação de pesquisa, e continuava a promover a pesquisa. Outro ingrediente crucial no combate contra o HIV/AIDS — além do compromisso de recursos financeiros — foi a liderança. Governos de vários países mostraram como uma liderança política efetiva poderia promover o tipo de ação intersectorial necessária para enfrentar as várias facetas da epidemia de HIV/AIDS. Em relação aos comentários sobre a importância do envolvimento da comunidade na resposta ao HIV/AIDS, enfatizou que a abordagem integral promovida no modelo “passo a passo” procurava ir além do sistema de serviços de saúde e trabalhar com toda a comunidade.

É certo que a mudança de comportamentos e suas latentes raízes culturais seria um empreendimento de longo prazo. Mesmo assim, mudanças de atitude estão ocorrendo, como evidenciado, por exemplo, no aumento do uso de preservativos em alguns países. Para efetuar uma mudança duradoura, seria essencial focalizar os esforços na educação da saúde e comunicação nos jovens. Por essa razão, o programa de HIV/AIDS estava trabalhando com o programa de saúde para adolescentes de modo a identificar intervenções para mudança efetiva de comportamento. O programa também realizou um estudo para estimar o impacto das campanhas de educação da saúde em 13 países.

No tocante às negociações da Organização sobre os preços dos antirretrovirais, ele informou que os resultados têm sido irregulares até agora. As companhias farmacêuticas continuam impondo condições que limitam a capacidade dos países de obter antirretrovirais a preços reduzidos. Entretanto, os representantes da OPAS/OMS e funcionários da saúde em alguns países conseguiram negociar acordos satisfatórios com relação a preços. A OPAS continuará a apoiar os Estados Membros em seu empenho de negociar preços satisfatórios.

O Diretor agradeceu aos Estados Membros que estão prestando ajuda à OPAS e aos países da Região no combate contra o HIV/AIDS nas Américas, especialmente o Caribe. Ele concordou plenamente com aqueles delegados que chamaram a atenção para o fato de que os recursos do Fundo Global não deveriam ser gastos desnecessariamente em custos administrativos, o que frustraria o propósito do Fundo. A OPAS tem o compromisso de trabalho com a UNAIDS para facilitar o acesso ao Fundo sem criar camadas adicionais de burocracia. Ele também concordou com as observações do Comitê sobre a importância da educação da saúde que tem como alvo as raízes do comportamento dos indivíduos. Até agora, a maioria das iniciativas de mudança de comportamento tem sido direcionada aos indivíduos. Em vez dessa abordagem, a qual tende a culpar a vítima, deve haver maior ênfase na criação de ambientes que permitam e incentivem os indivíduos a mudar seu comportamento. A cooperação técnica da OPAS nessa área estava agora principalmente direcionada à promoção dessa mudança.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R6 sobre esse tema.

Vacinas e Imunização (Documento CE130/10)

O Dr. Ciro de Quadros (Diretor da Divisão de Vacinas e Imunização da OPAS) informou que a cobertura da vacinação DTP3 entre crianças (por exemplo, três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche) permaneceu em torno de 80% nas Américas como um todo nos últimos anos. A cobertura em grande número de distritos continuou abaixo da meta regional de 95%, mas há enormes disparidades na cobertura entre países e entre regiões dentro dos países. Conseqüentemente, falta muito a ser feito para conseguir completa equidade com respeito à imunização.

Um progresso substancial foi feito em direção às metas de erradicação do sarampo nas Américas. Uma recente epidemia de sarampo na Venezuela, a qual se espalhou para a Colômbia, deve estar sob controle quando a Conferência Sanitária Pan-Americana se reunir em setembro, e a transmissão entre os índios seria interrompida através da Região no final de 2002. Em relação à poliomielite, os únicos casos notificados na Região na década passada foram casos derivados de vacina na ilha Hispaniola, o último dos quais ocorreu no Haiti em julho de 2001. No momento, a doença está completamente sob controle. O tétano neonatal permanece um problema em menos de 1% dos distritos nas Américas. Com um esforço colaborativo, poderia ser eliminado muito em breve. A rubéola também poderia ser eliminada através de estratégias de controle que enfatizassem a vacinação de adultos suscetíveis e com imunização de rotina em crianças. A febre amarela mostrou uma tendência de declínio bem definida desde 1998 como resultado das campanhas de vacinação. A escassez de vacina dos anos anteriores foi amplamente superada, e agora seria possível intensificar a vacinação em áreas de alto risco.

As avaliações realizadas em vários países entre 1996 e 2001 mostraram que, para assegurar a sustentabilidade dos programas nacionais de imunização e manter o progresso conseguido até agora, é necessário dar atenção a três problemas: (1) capacidade reguladora e de controle enfraquecida das instituições do governo central como resultado da reforma e descentralização do setor da saúde, (2) falta de responsabilidade financeira claramente definida para programas de imunização e (3) não obrigatoriedade das metas específicas de imunização. Também é necessário adotar medidas para diminuir a brecha de equidade entre os países industrializados e os países em desenvolvimento com respeito à introdução de novas vacinas e combinações, embora esta lacuna seja relativamente pequena nas Américas comparada a outras regiões, graças ao forte compromisso dos países com a imunização.

Um importante componente da cooperação técnica da OPAS era o desenvolvimento de ferramentas e estratégias para gerar informações que habilitaria as autoridades a priorizar a introdução de recentes vacinas desenvolvidas e medir seu impacto. A Organização está também trabalhando no desenvolvimento e aperfeiçoamento da capacidade de produção nos países como um meio de assegurar a disponibilidade de vacinas de alta qualidade e diminuir a escassez de vacinas que afetou todos os países da Região nos últimos anos.

Finalmente, com relação à ameaça de ressurgimento da varíola como resultado do bioterrorismo, o Dr. de Quadros disse que dois encontros técnicos convocados pelo Diretor examinaram o assunto e avaliaram as possibilidades de produção da vacina contra a varíola na Região. A principal conclusão dos encontros foi que a OPAS deveria continuar colaborando com os países para fortalecer os sistemas de vigilância

epidemiológica e melhorar a infra-estrutura para identificação dos casos, incluindo a rede regional de laboratórios para diagnóstico de doenças febris e exantemáticas. Os participantes também enfatizaram que um ataque de varíola num país deveria ser visto como um ataque em todos os países da Região; com o espírito do pan-americanismo, os países que tivessem estoques da vacina deveriam disponibilizá-la para o país afetado com a finalidade de prevenir a propagação da doença.

O Comitê Executivo elogiou a OPAS pelo seu contínuo trabalho no fortalecimento da capacidade de vigilância de doenças imunopreveníveis, aumentando a cobertura de imunização, facilitando o acesso dos países a vacinas através do Fundo Rotativo para Aquisição de Vacinas. O Comitê também expressou apoio ao empenho da Organização para aumentar a produção de vacinas em toda a região, pois o maior fornecimento ajudaria a reduzir os preços das vacinas, até mesmo em países que não as produzem. A manutenção de programas nacionais de imunização, com verbas garantidas para esses programas, foi considerada como responsabilidade prioritária desses governos. O Delegado do Peru informou que seu país sancionou legislação para proteger o orçamento para atividades de imunização. Esses fundos não poderão ser usados para nenhuma outra finalidade, independente de qualquer exigência financeira que possa surgir. Como resultado, o Peru foi capaz de introduzir a vacina contra a rubéola apesar de sua situação de adversidade econômica.

Os delegados expressaram preocupação com o fato de que os problemas econômicos que afligem atualmente a maioria dos países da Região poderiam dificultar a manutenção dos resultados obtidos e a consecução das metas regionais, como a erradicação do sarampo. Um delegado propôs a criação de um mecanismo alternativo, como um fundo de emergência ou compensação para auxiliar países que por razões financeiras são impedidos de adquirir vacinas através do Fundo Rotativo da OPAS. A escassez de vacinas nos últimos anos também parece ser uma ameaça às conquistas da Região no controle de doenças imunopreveníveis. Solicitou-se que o Dr. de Quadros esclarecesse as razões da escassez e se ela poderia alcançar proporções de crise.

Os representantes do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Banco Mundial asseguraram ao Comitê a disposição de suas respectivas instituições de trabalhar com os países para superar os problemas criados pela reforma e descentralização do setor da saúde e manter os programas nacionais de imunização. Ambos os representantes enfatizaram a necessidade de demonstrar aos ministros das áreas financeiras e outras autoridades econômicas a eficácia em função do custo da imunização e envolvê-los nas discussões relacionadas com o financiamento dos programas de vacinação. O representante do BID considera que existe mérito na idéia do fundo de compensação ou outro mecanismo para habilitar os países a continuar adquirindo vacinas durante um período de dificuldades econômicas. O representante do Banco Mundial sugeriu que, como forma de promover discussões sobre financiamento de

vacinas entre as autoridades nacionais, a Secretaria poderia incluir na versão revisada do documento uma seção sobre algumas preocupações levantadas pelo Comitê Executivo, em particular a idéia de um mecanismo de financiamento para complementar o Fundo Rotativo, o desafio logístico e financeiro que os programas de imunização enfrentam, dada a necessidade de introduzir novas vacinas e ao mesmo tempo manter e melhorar a cobertura das já existentes, e a proteção dos orçamentos nacionais de imunização.

Tendo em vista o interesse expressado pelos representantes do Banco Mundial e do BID, o Comitê Executivo solicitou ao Diretor que examine com os Bancos e outros parceiros a possibilidade de estabelecer mecanismos de financiamento para complementar o Fundo Rotativo da OPAS que habilite os países a assegurar um fornecimento ininterrupto de vacinas para seus programas nacionais de vacinação.

O Dr. de Quadros recebeu com satisfação os comentários dos representantes do BID e do Banco Mundial, que prenunciavam uma maior colaboração na área de vacinas e imunização no âmbito da agenda compartilhada da OPAS, BID e Banco Mundial. As sugestões do representante do Banco Mundial com relação ao documento foram excelentes e seriam incorporadas na versão revisada. Ele enfatizou a necessidade de os países priorizarem a questão do financiamento de vacinas e imunização em sua negociação com os Bancos. Os Ministros da Saúde têm um papel crucial a desempenhar a este respeito, assegurando que a imunização tenha lugar proeminente nas agendas nacionais.

No tocante à questão de saber se a falta de verbas e escassez de vacinas poderia atrapalhar a conquista das metas, tais como a erradicação do sarampo, ele observou que o financiamento muitas vezes não era o principal problema. No caso do sarampo, a não implementação das estratégias de vacinação e controle e a falta de clareza sobre as estratégias a serem empregadas foi o principal impedimento para a erradicação da doença. Em relação à escassez de vacinas, as principais causas foram a introdução de requisitos de qualidade mais rigorosos e capacidade limitada de liofilização das vacinas. A preocupação com a inocuidade das vacinas fez com que as autoridades reguladoras impusesse procedimentos cada vez mais rigorosos de controle de qualidade, o que tornou mais lento o processo de produção. A outra questão era o uso da capacidade instalada. Os grandes fabricantes de vacinas tomaram uma decisão comercial de utilizar suas instalações essencialmente para fazer vacinas mais novas e mais caras, levando a uma escassez temporária das vacinas de custos mais baixos. Entretanto, espera-se que o problema seja resolvido dentro dos próximos 18 a 24 meses. Nas Américas, a OPAS estava trabalhando para atender a necessidade de vacinas ajudando os países a aumentar a capacidade de produção nacional e obter certificação como fornecedores de vacinas para o sistema das Nações Unidas. Por exemplo, os laboratórios no Brasil e Cuba foram certificados como fornecedores da vacina contra febre amarela e hepatite B, respectivamente.

O Diretor disse que ele teria prazer em examinar com o BID e o Banco Mundial a viabilidade da criação de um mecanismo de financiamento para facilitar a aquisição de vacinas. Ele enfatizou que os Bancos poderiam ser aliados eloqüentes com a OPAS em convencer os governos da necessidade de assegurar verbas suficientes pra programas de vacinação, já que, além das razões óbvias de saúde, há argumentos econômicos poderosos para o investimento em vacinas. A vacinação deveria ser vista como bem público essencial, e por definição os bens públicos deveriam ser financiado pelos governos. O Peru estabeleceu um excelente exemplo ao sancionar legislação que protege o orçamento das vacinas e ele espera que outros países possam ser levados por essa experiência a adotar proteções similares.

Os Bancos poderiam também ajudar nas discussões com as companhias farmacêuticas defendendo a estabilização dos preços para vacinas e produtos farmacêuticos essenciais. O preço das vacinas é uma das poucas áreas na qual a Organização conseguiu negociar preços comuns com os produtores. No caso de outros medicamentos, notadamente os antirretrovirais, os produtores insistiram em aplicar diferentes preços para diferentes categorias de países. Na sua opinião, não havia argumento válido para essa prática.

Os agentes de saúde da Região merecem grandes elogios pelo sucesso em manter sob controle as doenças imunopreveníveis. Para se ter uma idéia da magnitude de seus esforços e realizações, basta lembrar que nas Américas somente 537 casos de sarampo foram confirmados em 2001, enquanto que no mundo inteiro houve 800.000 mortes causadas pela doença. Graças ao árduo trabalho e compromisso de todos os trabalhadores da saúde nas Américas, havia muitas razões para acreditar que até o final do ano a Região poderia adicionar a eliminação da propagação do sarampo entre os índios à lista de realizações.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R7 sobre vacinas e imunização.

Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002 (Documentos CE130/11 e CE130/INF/1)

O Dr. Germán Perdomo (Assessor Sênior de Política, Escritório de Análise e Planejamento Estratégico, OPAS) resumiu os resultados da avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas (OEPs), 1999-2002, a qual foi apresentada ao Comitê Executivo de conformidade com uma resolução da 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 1998. As OEPs guiaram a programação de cooperação técnica pela Secretaria da OPAS, a Repartição Sanitária Pan-Americana, com os países durante o período em questão. Quando a Conferência aprovou as OEPs em 1998, instou-se os países a que as levassem em conta quando formulassem suas políticas nacionais para a saúde, e a 36ª Sessão do Subcomitê sobre Planejamento e Programação especificamente solicitou que a Secretaria examinasse a extensão em que isto ocorreu. Assim, a avaliação examinou tanto o progresso obtido nas metas regionais como a aplicação das orientações programáticas e se as OEPs foram refletidas nos planos e políticas de saúde nacional para 1999-2002.

Informações de 32 países indicaram que 5 países tinham projetos de políticas e 27 já adotaram políticas ou planos nacionais. A Repartição esteve envolvida no processo de formulação de políticas em 22 desses países. As OEPs foram usadas como estrutura de referência para políticas de desenvolvimento em 15 dos 22 países.

Com relação à implementação das OEPs pela Repartição, uma pesquisa do quadro profissional mostrou que 87% deles estavam familiarizados com as OEPs, e todos os profissionais estavam aplicando-as não somente na programação de cooperação técnica mas em outras atividades, como na negociação de projetos de cooperação e nas reuniões com funcionários nacionais. Somente os funcionários que tinham ingressado recentemente na Repartição e aqueles não envolvidos diretamente na cooperação técnica (por exemplo, pessoal administrativo) não estavam familiarizados com as OEPs. Nos últimos dois biênios, a vasta maioria (cerca de 90%) dos projetos de cooperação técnica programados estava, especificamente, relacionada com as orientações programáticas. Os que não estavam eram projetos relacionados com desenvolvimento administrativo ou projetos dirigidos especificamente para necessidades nacionais fora da estrutura das OEPs.

A avaliação do impacto da cooperação técnica proporcionada no âmbito das OEPs foi prejudicada por várias dificuldades metodológicas, notadamente o fato de que a OPAS não é a única organização que fornece cooperação técnica aos países, o que dificultou apontar com precisão os efeitos de suas atividades. Além disso, as informações e indicadores necessários nem sempre estavam disponíveis. Das 29 metas regionais adotadas nas OEPs, a avaliação constatou que 5 delas foram completamente atingidas e 13 delas parcialmente atingidas. Pouco ou nenhum progresso foi feito no caso de 2 metas,

e nas 9 metas restantes a informação era insuficiente, indisponível, desatualizada ou não comparável entre países. O Documento CD130/INF/1 contém uma descrição detalhada da cooperação fornecida e dos resultados atingidos.

A avaliação produziu várias lições, as quais foram extremamente úteis no desenvolvimento no Plano Estratégico para 2003–2007. Em particular, foi acentuada a necessidade de ampla participação interna e externa no processo de planejamento estratégico, maior clareza e precisão na descrição dos resultados previstos e como atingi-los, um número viável de metas e objetivos para cooperação técnica e desenvolvimento organizacional, metas e objetivos que representam um desafio mas são atingíveis, claras definições de metas e objetivos a fim de facilitar o monitoramento e avaliação, contínuo esforço para melhorar o sistema de informação nacional para produzir informações necessárias ao monitoramento e avaliação e ampla disseminação do Plano Estratégico, tanto internamente quanto externamente.

O Comitê Executivo estava consciente da dificuldade de uma avaliação de tão grande magnitude e elogiou a Secretaria por seu empenho em medir o impacto das OEPs. Vários delegados sugeriram que a avaliação poderia ser fortalecida através de ampla análise das metas que não foram atingidas e as razões para a falta de progresso nessas áreas. Tal análise seria de grande auxílio em fixar metas e no planejamento de como atingi-las no período de 2003–2007. Os Delegados também advertiram contra a fixação de um número excessivo de metas para o próximo período, já que o número grande de metas pode ter contribuído para a dificuldade de avaliação das OEPs em 1999–2002.

O Comitê considera que o maior valor da avaliação talvez seja as lições aprendidas, as quais ajudariam a melhorar o planejamento para o próximo período e evitar alguns dos problemas que impediram o monitoramento e avaliação em 1999–2002. Um desses problemas foram metas e objetivos excessivamente amplos. A fim de avaliar o progresso, era necessário estabelecer as metas em termos precisos e específicos. Outro problema que complicou a avaliação das OEPs foi a falta de informação básica que servisse de referência para medir a variação nos indicadores. Vários delegados observaram que as metas estabelecidas para certos países, ou grupos de países, divergiriam, dependendo da base. No caso da mortalidade materna, por exemplo, nos países onde as taxas já são baixas, seria difícil conseguir redução adicional; assim, a meta deve ser fixada com taxas mais baixas do que nos casos dos países com taxas relativamente altas. Além disso, ao formular metas e objetivos seria necessário levar em conta circunstâncias imprevistas, tanto externas quanto internas, que podem afetar sua realização e reconhecer que a consecução de várias metas de saúde requerem a participação de outros setores. Seria também necessário melhorar o sistema nacional de informação e padronizar os dados existentes produzidos a fim de permitir comparações e remediar a insuficiência de informações mencionada no relatório de avaliação.

O Comitê estava satisfeito pelo fato de que as recomendações do SPP foram consideradas na realização final da avaliação, em particular a avaliação da incorporação pelos países das OEPs nas atividades nacionais de planejamento e formulação de políticas. Os resultados seriam um indicativo da extensão em que o planejamento estratégico regional influenciou o planejamento e o trabalho do setor de saúde nos países. Ao mesmo tempo, entretanto, o planejamento da Organização deveria ser informado pelo planejamento estratégico nacional a fim de assegurar que sua cooperação técnica respondesse às prioridades e necessidades identificadas pelos países. A esse respeito, os delegados elogiaram a secretaria por seus esforços no sentido de tornar o processo de planejamento e avaliação tão participativo quanto possível e, especialmente, por procurar envolver os Estados Membros desde o início do planejamento estratégico para o próximo período.

O Representante do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) chamou a atenção para a necessidade de considerar o desenvolvimento global e regional das metas no planejamento estratégico da Organização. Ele concordou que medir o impacto da cooperação técnica seria extremamente difícil. Para tanto, seria essencial colocar em prática a metodologia para avaliação desde o começo do processo de planejamento estratégico. Seria também necessário alocar recursos (humanos e financeiros) especificamente para a avaliação. O BID gostaria de colaborar com a OPAS na execução conjunta de cooperação técnica e avaliação visando a superar algumas dificuldades encontradas na avaliação das OEPs.

O Dr. Perdomo agradeceu aos delegados suas sugestões, as quais ajudariam a Secretaria a melhorar o relatório de avaliação a ser apresentado na Conferência Sanitária Pan-Americana. Ele assinalou que outro assunto que complicou o processo de planejamento e avaliação foi a responsabilidade pelas metas estabelecidas. Em várias ocasiões nos últimos anos os Órgãos Diretores discutiram se as OEPs seriam exclusiva responsabilidade da Secretaria ou se os países também teriam responsabilidade na consecução de algumas metas. Para muitos dos objetivos estabelecidos pela Organização e incorporados no planejamento estratégico e programação da Secretaria, os governos tiveram inegável responsabilidade, pois eram responsáveis pela saúde no nível nacional.

Para analisar a situação da saúde em cada país e medir os efeitos da cooperação técnica, era preciso um modelo de avaliação de grande alcance, apoiado por sistemas de informações confiáveis. Um outro desafio, como o Comitê observou, era achar metodologias que possibilitassem à Secretaria explicar os resultados e identificar os fatores que impediram ou facilitaram a realização dos objetivos, incluindo fatores externos e fatores estruturais e institucionais da Organização. A Secretaria continuaria trabalhando para enfrentar esses desafios e melhorar o processo de avaliação.

O Diretor estava satisfeito que os delegados consideraram o processo de avaliação importante. Apesar das deficiências, ele acredita que o exercício foi útil, especialmente porque mostrou as ciladas que a Secretaria deveria evitar no próximo ciclo de planejamento. Além disso, acredita que toda organização devia verificar se havia atingido os objetivos fixados para si mesma. Como o Comitê observou, um dos desafios da avaliação era assegurar que o processo fosse avaliável desde o início. Seria também necessário ter boas informações para determinar se as metas foram alcançadas ou não. A OPAS vem trabalhando para melhorar a produção de informações na Região, e os países têm feito um enorme avanço no fortalecimento de seus sistemas de informações e no incremento da disponibilidade de dados. Registraram-se também progressos na desagregação de informações a fim de revelar desigualdades entre áreas geográficas e grupos de população. Como resultado, informações com melhor qualidade estarão disponíveis para futuras avaliações.

Ele concordou que, para assegurar a avaliabilidade, seria essencial estabelecer metas mais definidas. Todavia, algumas metas seriam inerentemente mais difíceis de avaliar do que outras. Metas de processo, por exemplo, seriam especialmente difíceis de avaliar. Ele também concordou que diferenças entre os países e dentro deles devem ser levadas em consideração na fixação de metas. Seria importante evitar a “tirania da média estatística,” a qual não reflete tais diferenças. Se fosse aceito que parte da missão da Organização seria aumentar a igualdade, então as metas deveriam ser lançadas como metas de igualdade. Isso significa fixar metas não somente em termos específicos de porcentagem ou níveis, mas também em termos de redução da distância entre e os países e dentro deles.

O Comitê tomou nota do relatório sobre a avaliação, mas não considerou necessário adotar uma resolução sobre esse tema (Decisão CE130(D4)).

Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007 (Documento CE130/12)

A Dra. Karen Sealey (Chefe do Escritório de Análise e Planejamento Estratégico da OPAS) apresentou o Plano Estratégico para o período de 2003–2007. Ela começou chamando a atenção para o fato de que, já que a Organização estava comemorando seu centenário, então seria apropriado que começasse a se preparar para os próximos 100 anos de saúde na Região. O Plano Estratégico para o período de 2003–2007 marcaria o primeiro passo nessa direção. Ela também sublinhou os principais aspectos do processo de planejamento, enfatizando que a formulação do plano foi guiada pelos princípios de igualdade e do pan-americanismo, ideais com os quais a OPAS tem estado comprometida através dos seus 100 anos de história. O processo de planejamento procurou definir as prioridades da cooperação técnica que a Repartição focalizaria para apoiar as

necessidades de desenvolvimento da saúde dos países e determinar como melhorar seu próprio desempenho a fim de melhor atender essas necessidades.

O processo diferiu do processo de planejamento anterior em muitos aspectos importantes. Pela primeira vez, o Plano Estratégico abrangeria cinco anos, não quatro, como foi o caso na estrutura do planejamento anterior. Além disso, a missão da Secretaria foi redefinida e seus valores e visão foram bem esclarecidos e essas definições têm sido usadas para direcionar o processo de planejamento estratégico. O processo de planejamento foi conduzido não somente pela tradicional análise do ambiente externo, mas também por uma avaliação interna, tendo em vista identificar os pontos fortes e fracos da Secretaria e estabelecer a base para monitoramento do desempenho. No desenvolvimento do plano, a Secretaria também teve em mente as lições aprendidas com a avaliação das OEPs. O processo identificou não somente áreas técnicas para ação, mas também questões cruciais de toda a organização. Para cada uma dessas áreas e questões, a Secretaria desenvolveu objetivos e estratégias, que seriam implementados através de projetos de cooperação técnica e iniciativas de desenvolvimento organizacional. Finalmente, monitoramento e avaliação foram estabelecidos do processo de planejamento. Finalmente, o monitoramento e avaliação foram incorporados ao processo de planejamento.

Os valores que guiarão os trabalhos da Repartição são: igualdade, excelência, solidariedade, respeito e integridade. Essa visão seria o maior catalisador para assegurar que todos os habitantes das Américas gozassem de ótima saúde e contribuíssem para o bem-estar de seus familiares e de suas comunidades. Sua missão seria liderar esforços colaborativos estratégicos entre os Estados Membros e outros parceiros para promover igualdade na saúde, combater doenças e melhorar a longevidade e qualidade de vida dos habitantes das Américas.

O plano contido no Documento CE130/12 representa a resposta da Repartição à situação revelada pelas análises internas e externas, cujos resultados foram resumidos no documento. O plano identificou três grandes prioridades para a cooperação técnica: grupos especiais da população (baixa renda ou populações pobres; grupos étnicos e raciais, especialmente populações indígenas; e mulheres e crianças); países importantes (países pobres altamente endividados (PPAE) e/ou países que tenham situação intolerável de saúde, em particular Haiti, Bolívia, Honduras, Guiana e Nicarágua); áreas técnicas prioritárias. O plano incluiu oito dessas áreas: (1) prevenção, controle e redução de doenças transmissíveis; (2) prevenção, controle e redução de doenças não transmissíveis; (3) promoção de estilos de vida e ambientes sociais saudáveis; (4) crescimento saudável e desenvolvimento; (5) promoção de ambientes físicos seguros; (6) prevenção, gestão e resposta a desastres; (7) garantia universal de acesso a sistemas de saúde integrados, equitativos e sustentáveis; e (8) promoção de insumos de saúde efetivos nas políticas sociais, econômicas, culturais e de desenvolvimento. Em cada área, os pontos essenciais

e desafios foram descritos, bem como os objetivos para cooperação técnica da Repartição, seus pontos fortes e fracos e oportunidades para ação.

O plano também identificou seis questões críticas organizacional para melhoramento da eficácia e eficiência da Repartição: (1) diminuir a brecha de informação e comunicação e maximizando a tecnologia de informação e comunicação; (2) melhor previsão; (3) mobilizar ciência e tecnologia para resolver os problemas de iniquidade na Região; (4) posicionar a Repartição para influir em questões transnacionais e globais; (5) atrair e reter força de trabalho criativa, competente e empenhada; e (6) fazer da Repartição uma organização de alto desempenho.

A Secretaria reconheceu que o plano precisava de mais refinamento e que, uma vez aprovado, uma estratégia de comunicação seria necessária para manter o pessoal informado e proporcionar comentários sobre sua implementação. Além disso, o monitoramento e a avaliação deveriam ser parte integral do processo. Reconhecendo que estava trabalhando em uma arena na qual haveria muitos outros atores, a Secretaria se empenhou para formular objetivos mais específicos a fim de facilitar a avaliação de sua contribuição para o desenvolvimento da saúde na Região e evitar problemas que prejudicam a avaliação do impacto da cooperação técnica do período anterior.

O Comitê Executivo congratulou a Dra. Sealey e sua equipe por haver produzido um documento claro e amplo, que representou uma grande melhora sobre os documentos de planejamento anteriores e um bom começo para o planejamento estratégico para o novo milênio. Os Delegados elogiaram o fato de o plano apresentar uma visão para o trabalho a longo prazo da Organização, bem como uma estrutura para cooperação técnica da Secretaria para os próximos cinco anos. Os Delegados também elogiaram a Secretaria por seu empenho em buscar a máxima participação dos Estados Membros e outros interessados no processo de formulação do plano.

O Comitê ficou satisfeito com as mudanças feitas desde que o SPP considerou o Plano Estratégico em março de 2002, em particular a adição de referências específicas aos grupos indígenas e crianças entre os grupos especiais visados. Entretanto, observou-se que algumas das recomendações feitas durante a sessão do SPP não foram incorporadas, especialmente aquelas referentes à seção sobre globalização e a visão da Repartição Sanitária Pan-Americana. Em relação à primeira, solicitou-se que a Secretaria apresentasse uma visão mais equilibrada, reconhecendo algumas das oportunidades em potencial que a globalização possa representar para o desenvolvimento da saúde e seus efeitos adversos. Quanto à visão, a Secretaria foi novamente solicitada a considerar a mudança do texto para que a “RSPA será a maior catalisadora para assegurar que todas as pessoas das Américas gozem de ótima saúde”, reconhecendo que outras organizações estavam trabalhando para melhorar a saúde nas Américas. Neste contexto foi sugerido que deveria haver maior reconhecimento do desempenho de outras agências multilaterais,

especialmente do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA) e ONGs que trabalham na área de saúde. Foi também observado que o documento não mencionou a colaboração da OPAS com o BID e o Banco Mundial no âmbito da Agenda Compartilhada de Saúde.

Expressou-se preocupação se o documento retratava corretamente o papel da OPAS em relação aos países. Um delegado opinou que parte da linguagem no documento necessitava ser ajustada para esclarecer que a OPAS não era uma organização supranacional, mas uma organização que refletia os interesses de seus Estados Membros e colaborava com eles para promover o desenvolvimento da saúde nas Américas. Outros delegados observaram que o documento tinha a intenção de guiar a cooperação técnica da Secretaria com os países e que claramente afirmava que a RSPA ajudava os países a se ajudarem e que cumpria sua função em colaboração com os Estados Membros. Além disso, as prioridades para 2003–2007 foram identificadas nas consultas com os países e refletiam as prioridades que eles estabeleceram para a melhoria da saúde de suas populações. Entretanto, um delegado sugeriu que seria necessária uma declaração mais clara de como a Secretaria ajudaria os países a atingir suas metas. O mesmo delegado observou que a consecução de certas metas era quase sempre uma condição para obtenção de financiamentos e outras formas de cooperação internacional, e que a RSPA, como principal parceiro dos países na área da saúde, deveria assumir o compromisso de trabalhar com os países para atingir essas metas.

Os delegados consideram que as oito áreas técnicas prioritárias refletem adequadamente as principais prioridades regionais para o desenvolvimento da saúde na Região; entretanto, alguns advertiram que o plano talvez identificasse prioridades em demasia. O Representante do BID observou que as prioridades, por definição, deveriam ser poucas e sugeriu que a Secretaria poderia esclarecer em quais das prioridades seria concentrado o trabalho no período de 2003–2007 e quais representariam objetivos estratégicos de longo prazo. Alguns delegados indicaram que os objetivos definidos sob cada prioridade deveriam ser estabelecidos em termos mais precisos e mensuráveis a fim de facilitar o monitoramento e a avaliação. Um objetivo, por exemplo, seria “reduzir a morbidade devida a TB, malária e dengue”, mas não foi fixada nenhuma meta específica, o que dificultaria medir o progresso. Enfatizou-se também a necessidade de claramente vincular as prioridades regionais com as prioridades globais estabelecidas pela OMS e com metas e mandatos internacionais.

Um delegado observou que a classificação dos países da Região segundo seu estágio de transição demográfica diferia do sistema de classificação usado por outras organizações e tais classificações poderiam ter conseqüências potencialmente nocivas. Por exemplo, a classificação de um país em certa categoria de renda poderia afetar sua qualificação para receber crédito e cooperação técnica. O Representante do BID comentou que a focalização do plano em um número muito limitado de países poderia

levantar questões sobre imparcialidade e equidade, especialmente porque outros países da Região tinham condições e problemas similares aos dos principais países.

Os delegados fizeram outras sugestões para aprimorar o documento, e alguns também submeteram por escrito propostas adicionais de mudanças. Um delegado indicou que o documento seria fortalecido se discutisse as suposições sobre as quais o Plano Estratégico foi baseado, os riscos que podem afetar sua implantação e estratégias para lidar com esses riscos. O mesmo delegado chamou a atenção para a necessidade de assegurar suficientes recursos financeiros e humanos para cumprir o plano. Um outro delegado sugeriu que as referências no documento a “serviços de saúde reprodutiva” deveriam ser substituídas por “assistência de saúde reprodutiva”, pois este termo era mais inclusivo e mais estreitamente alinhado com a terminologia correntemente em uso em outros fóruns internacionais. Observou-se que o documento não fixava um objetivo com respeito a doenças cardiovasculares, e foi sugerido que se incluísse uma meta para redução da hipertensão. Com relação à seção de gerenciamento de desastres, enfatizou-se que as ameaças de bioterrorismo deveriam ser prioridade para cada país e a Organização, a qual tem sido por muito tempo líder no hemisfério na prevenção de emergências e mitigação do seu impacto.

A Dra. Sealey agradeceu aos delegados suas sugestões construtivas, as quais ajudariam a Secretaria a continuar melhorando o plano. Ela queria afastar qualquer preocupação sobre as funções da Repartição: A Repartição existe para servir e cooperar com os países e o plano foi projetado para conduzi-la na realização dessas funções. A Repartição estava bem ciente de que não atua num vácuo e que deve levar em conta tanto os outros atores que trabalham no setor da saúde quanto as prioridades, mandatos e compromissos das diversas reuniões internacionais e outras fontes. Na verdade, ao redigir o plano, a Secretaria criou uma matriz que mostrava o relacionamento entre as prioridades da OPAS e as prioridades da OMS, as metas de desenvolvimento do milênio das Nações Unidas e as metas e objetivos que surgiram da Cúpula das Américas e outros fóruns. A próxima versão do documento mostraria essas conexões mais claramente.

Levando em consideração os comentários do Comitê, talvez seja aconselhável repensar a classificação dos países e a identificação de países-chave, tendo em mente que pode ser necessário mudar o foco para outros países. Entretanto, estava claro que os Órgãos Diretores concordaram que era aconselhável identificar países-chave, grupos-chave e prioridades para cooperação técnica. Muitas das outras preocupações levantadas pelo Comitê serão tratadas quando a Secretaria começar a implementar o plano. A distribuição de recursos, por exemplo, seria examinada quando os Órgãos Diretores examinarem a política de orçamento da Organização, conforme recomendado pelo SPP em 2000. Quanto ao teste de suposições e avaliação de riscos, isso ocorreria quando o orçamento por programas do biênio fosse formulado. Ela concluiu enfatizando a

importância do planejamento bidirecional que reconciliasse prioridades nacionais de saúde com objetivos regionais acordados pelos países.

O Diretor disse que, em seus 21 anos com a Organização, nunca viu um processo de planejamento que tenha sido tão participativo e interativo. A Secretaria considerou as lições aprendidas com o ciclo de planejamento anterior, entre elas a necessidade de envolver uma ampla gama de interessados no planejamento para 2003–2007. O Plano Estratégico representou uma mudança em muitos aspectos. Antes, os documentos de planejamento estabeleciam responsabilidades conjuntas para a Repartição e os países. Depois, refletiram o que a Repartição faria em colaboração com os países. Nunca um documento de planejamento estratégico havia identificado questões organizacionais que precisavam ser abordadas a fim de atingir os objetivos estabelecidos. A Secretaria estava se comprometendo a fazer as modificações internas necessárias para colaborar efetivamente com os Países Membros nas oito áreas prioritárias descritas no plano. Ele enfatizou que essas oito áreas não foram escolhidas com a atual estrutura da Secretaria em mente. Ele acredita que a estrutura deve seguir a função, não vice-versa. Depois que o plano fosse aprovado, a estrutura da Secretaria seria acomodada de acordo com a necessidade.

Como a Dra. Sealey disse, a Secretaria estava a serviço dos países. Ele assegurou ao Comitê que a OPAS nunca adotaria uma postura supranacional. Com relação à visão, instou os delegados a permitir que a Secretaria mantivesse o texto que aparece no documento. A PASB verdadeiramente pretende ser a principal catalisadora para o desenvolvimento da saúde na Região. Ela não quer ser uma entre muitas; ela quer ser a melhor.

Com respeito à identificação de países prioritários, esperava que estivesse claro que essa abordagem era um reflexo dos valores que guiavam a OPAS, especialmente igualdade e pan-americanismo. Se a Organização realmente acredita nesses valores, deveria coletivamente assumir algumas responsabilidades para melhoria da situação dos países que estão em desvantagem com respeito a outros países. Por isso, vários países foram selecionados como ponto de foco. Ele concordou que outros critérios poderiam ser aplicados para identificar esses países e, se ficasse claro que seria necessário deslocar o foco, a Secretaria o faria. Mas ele acreditava que, pelo menos inicialmente, seria apropriado dar especial consideração aos quatro PPAAE e Haiti.

Com relação à falta de precisão e objetivos mensuráveis, ele observou que os objetivos descritos no documento eram objetivos estratégicos para cooperação técnica, e não metas específicas com cronogramas para sua consecução. Metas específicas e resultados esperados seriam definidos no programa do orçamento do biênio, como indicadores para monitoramento do progresso. Com relação a monitoramento e avaliação, quando o SPP se reunir em 2003, a Secretaria poderia fornecer mais informações específicas sobre a metodologia que seria usada para esse propósito.

A consecução dos objetivos estabelecidos no plano dependeria da capacidade da Secretaria para execução, que era de alguma forma limitada. Todavia, a Secretaria faria o melhor uso possível dos recursos humanos e financeiros que os Estados Membros generosamente colocaram à disposição a fim de executar o plano completamente.

O Comitê Executivo adotou a Resolução CE130.R1, endossando o Plano Estratégico.

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (Documento CE130/13)

O Dr. Yehuda Benguigui (Assessor Regional sobre Atenção Integrada às Doenças da Infância, OPAS) examinou os antecedentes e conteúdo da estratégia para atenção integrada às doenças da infância (AIDPI) e o progresso alcançado como resultado de sua aplicação. Ele também descreveu os desafios para expandir a estratégia.

Na Região das Américas, aproximadamente meio milhão de crianças continuam a morrer de causas evitáveis e, dessas mortes, perto de 200.000 poderiam ser facilmente evitadas com as tecnologias existentes. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desenvolveram a AIDPI no início dos anos 90 como uma estratégia para prevenir mortes, reduzir doenças e melhorar as condições de saúde e atendimento das crianças nos primeiros cinco anos de vida. A principal característica da estratégia AIDPI seria o enfoque na saúde e bem-estar da criança como um todo, e não em processos específicos das doenças. Incorpora a prevenção e promoção da saúde como parte da assistência, evitando oportunidades perdidas para detecção prévia e tratamento das doenças, prevenção das doenças e promoção da saúde para a criança e para toda a família. Além disso, a AIDPI era uma ferramenta para promoção da igualdade em saúde porque poderia estar disponível para a população através dos serviços de saúde no primeiro nível de assistência.

A OPAS oficialmente introduziu a estratégia em 1996. Em 1999, o Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD41.R5, instou os Estados Membros a adotar e expandir a implementação da estratégia AIDPI e solicitou que o Diretor apoiasse ativamente o processo. Crianças Saudáveis: Meta 2002, uma iniciativa lançada pelo Diretor no mesmo ano, objetivava prevenir 1000.000 mortes em crianças menores de 5 anos durante o período de 1999–2002 e assegurar o acesso à estratégia da AIDPI, especialmente para os grupos mais vulneráveis. Até o final de 2001, 17 países da Região haviam adotado a estratégia e todos abraçaram a iniciativa “Crianças Saudáveis”. O resultado foi altamente positivo. Durante o primeiro ano de “Crianças Saudáveis”, por exemplo, mais de 33.000 mortes de crianças foram evitadas. Avaliações revelaram melhoras significativas, também, nos vários indicadores de qualidade do atendimento,

tais como o emprego incorreto de antibióticos e outros medicamentos para tratamento de infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas.

Todavia, vários desafios permaneceram. Para expandir os benefícios da estratégia, seria necessário assegurar seu uso efetivo por todos os profissionais da saúde, incluindo os profissionais da saúde de comunidades; priorizar grupos de população vulneráveis; e incorporar a AIDPI nos programas de treinamento e serviço social obrigatório para profissionais da saúde. Seria também necessário ajustar a estratégia aos perfis epidemiológicos dos países, adaptando-a para abordar asma, violência e abuso infantil, diabetes e obesidade, e outros problemas de saúde infantil predominantes na Região. Outros desafios incluíram o uso de 16 práticas familiares identificadas pela OMS e pela UNICEF para assegurar crescimento saudável e desenvolvimento da criança e concentrar recursos para expansão da aplicação da AIDPI.

O Comitê Executivo expressou firme apoio à abordagem AIDPI. Junto com a imunização, a estratégia seria vista como a sustentação para a melhoria da saúde infantil e redução das desigualdades entre grupos da população. O Comitê também endossou a expansão da estratégia para incluir outros componentes, especialmente atividades direcionadas às causas perinatais de mortes, as quais também ajudariam a reduzir a mortalidade materna. Entretanto, foi enfatizado que os fundos investidos na expansão da estratégia deveriam incluir recursos para vigilância e avaliação para monitorar o seu progresso e impacto. Um delegado sugeriu que o documento deveria incluir uma seção específica sobre avaliação e monitoramento da AIDPI e das ações exigidas dos países e da Organização para melhorar a cobertura e eficácia da estratégia. Considerou-se também necessário avaliar rigorosamente as 16 práticas para assegurar que as futuras intervenções sejam relevantes e baseadas em evidências sólidas e experiência.

Os Membros expressaram a preocupação de que os recursos humanos necessários para expandir a AIDPI seriam insuficientes. A estratégia deveria focalizar os profissionais da saúde que têm máximo contato com famílias e comunidades vulneráveis, isso significava que mais enfermeiras e equipes de auxiliares seriam necessários, especialmente no primeiro nível de assistência. A Região atualmente tinha um índice de médicos-enfermeiros de 6:1, o que representa um obstáculo significativo para a expansão da estratégia. Recomenda-se, portanto, que a resolução sobre este tema promovesse o aumento do volume e diversidade de recursos humanos para lidar efetivamente com as crianças doentes e as causas das doenças.

O Dr. Benguigui concordou que o desenvolvimento de recursos humanos e continuo monitoramento e avaliação seriam cruciais para o êxito da implementação da estratégia. Quanto ao primeiro, a OPAS estava trabalhando com escolas de treinamento para pediatras, enfermeiros, nutricionistas e outros profissionais da saúde, visando a introduzir mais instrução sobre cuidados primários de saúde e aplicação da estratégia

AIDPI para complementar os atuais programas de treinamento, que continuavam se concentrando no atendimento hospitalar de síndromes complexas. A Organização estava se concentrando, em particular, nos milhares de médicos recém-graduados na Região que são requisitados a desempenhar serviço social por 10 a 12 meses em áreas remotas, pois esses jovens profissionais oferecem uma excelente oportunidade de expandir os benefícios da estratégia para populações menos favorecidas.

Com relação ao monitoramento e avaliação, os países da Região das Américas foram escolhidos para tomar parte em uma avaliação multinacional da eficácia, custos e impacto da estratégia AIDPI, coordenada pela sede da OMS em Genebra. A avaliação foi preparada para estimar a eficácia da estratégia em função do custo e determinar se teve um impacto importante sobre a melhoria da saúde infantil, mortalidade, condição nutricional e comportamento das famílias. Além disso, a OMS desenvolveu pautas para acompanhamento posterior ao treinamento como uma maneira de reforçar a qualificação dos profissionais da saúde na aplicação da AIDPI e reunir informações sobre seu desempenho a fim de melhorar a implementação da estratégia. Com relação à avaliação das 16 práticas familiares, estavam sendo desenvolvidos protocolos para medir seu impacto.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R8 sobre esse tema.

Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho (Documento CE130/14)

O Dr. Daniel López Acuña (Diretor, Divisão dos Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços da OPAS) apresentou uma atualização sobre a iniciativa conjunta que está sendo empreendida pela OPAS e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) para promover acesso equitativo a serviços de saúde na América Latina e no Caribe, em particular para pessoas que trabalham no segmento informal da economia e para outros que atualmente não têm cobertura adequada de assistência médica. O desafio fundamental enfrentado pelos sistemas de saúde dos países da Região era o de garantir a todos os cidadãos um nível básico de proteção social na saúde, que contribuiria para a eliminação das disparidades de acesso aos serviços básicos de qualidade e também fornecer aos grupos sociais excluídos a oportunidade de obter serviços de assistência médica essenciais que vão de encontro às suas necessidades e exigências, independente de sua capacidade de pagamento. O fundamento lógico para a iniciativa inclui a persistência da exclusão econômica, étnica e cultural; a inadequação de mecanismos existentes de proteção social para respostas a novos problemas; e a injunção de que as reformas deveriam levar a sociedades que incluiriam todos os cidadãos e não uma maior exclusão, marginalização e ausência de proteção social.

“Proteção Social na Saúde” é definida não como a provisão de serviços de saúde, construção física de instalações de saúde, etc., mas como garantia da sociedade, através de diferentes autoridades públicas, que indivíduos ou grupos de indivíduos poderiam satisfazer suas necessidades médicas através de acesso adequado a serviços de saúde, pelo sistema nacional de saúde ou por outro sistema, independente da capacidade de pagamento. Três condições teriam que ser cumpridas para garantir a proteção social na saúde: acesso a serviços de saúde, segurança financeira para a família e dignidade na provisão da assistência. O Documento CE130/14 identificou fatores que levam a exclusão na saúde —notadamente a pobreza — e os obstáculos principais para extensão da proteção social. Discutia também a escala de exclusão na saúde e explica a dificuldade de verificação. Identificaram-se várias estratégias para extensão da proteção social na saúde, com base em intervenções que se mostraram efetivas no passado, nos países da América Latina e do Caribe. Elas incluem o estabelecimento de regimes especiais de previdência social sem contribuição do beneficiário; esquemas de seguro voluntário subsidiados pelo governo; expansão limitada do estoque de serviços; sistemas comunitários de proteção social; e desenvolvimento gradual de sistemas de saúde unificados, combinando subsistemas públicos e privados.

O documento propôs quatro linhas de ação relativas ao papel de direção, financiamento da proteção social, assistência médica e provisão do serviço. Como as partes interessadas frequentemente pertencem a outros setores, como o financeiro, político e social, trabalho, educação, indústria, etc., seria importante desenvolver um processo participativo no nível nacional, envolvendo todos os interessados. Este processo conduziria à formulação de uma estratégia nacional e plano de ação nacional para extensão da proteção social na saúde. No nível regional, a OPAS e a OIT apoiariam os países através de várias atividades, incluindo promoção e publicação da iniciativa, identificação das causas e magnitude da exclusão e meios de combatê-la, estabelecimento de um centro de intercâmbio de informações sobre as melhores práticas e conhecimento e mobilização de recursos.

O Comitê Executivo recebeu com satisfação a atualização sobre a iniciativa conjunta, a qual foi descrita como uma ferramenta valiosa no apoio aos esforços de vários países para melhorar o acesso aos serviços de saúde para todos os membros de suas populações, particularmente os pobres, os marginalizados e os vulneráveis. Os Delegados aplaudiram a abordagem multissetorial apresentada no documento e seu reconhecimento que a questão da proteção social se relacionava não somente com a saúde, mas também com a habitação, educação, o meio ambiente e muitos outros fatores. O Comitê estava satisfeito, também, de ver a ênfase atribuída à sensibilidade cultural e dignidade na assistência médica.

Os delegados fizeram várias sugestões para aprimorar o documento. Uma seria a incorporação de estudos de casos dos programas e iniciativas que conseguiram melhorar

a provisão dos serviços de saúde para grupos desprotegidos, tanto dentro como fora da Região. Um delegado solicitou esclarecimento das metodologias usadas para alcançar as cifras citadas sobre exclusão da proteção social e alertou contra o uso de indicadores que tentam medir a exclusão somente em termos de demanda por serviços de saúde, pois esta é influenciada por múltiplos fatores, incluindo percepções culturais sobre questões da saúde e doenças, e questões econômicas e sociais. Solicitou-se também o esclarecimento dos respectivos papéis e contribuições da OPAS e da OIT na iniciativa.

O Comitê desejava informações mais detalhadas sobre como certos sistemas de seguro descritos funcionavam, e em quais países eles foram bem-sucedidos. Sugeriu-se realizar outras discussões sobre as ações dos países e da Organização que estavam sendo recomendadas, bem como sobre a contribuição prevista dos países. Considerou-se que o documento não era claro sobre se a extensão da proteção social estava sendo retratada como uma meta do sistema de saúde ou como um meio de atingir melhores resultados na saúde. Esclarecimentos adicionais também foram solicitados sobre se e como a abordagem de proteção social se relacionava com o trabalho da OMS em termos de desempenho dos sistemas de saúde e o desenvolvimento de indicadores de imparcialidade e sensibilidade financeira.

Alguns delegados indicaram que o documento não articulava claramente a relação entre reformas atuais no setor da saúde — as quais muitos países nas Américas realizaram como um meio de estender cobertura — e o conceito e os componentes da proteção social. Seria necessário mais trabalho conceitual para definir medidas e avaliar a situação atual da proteção social e exclusão na Região. Uma série de iniciativas piloto poderia ser recomendável antes que uma iniciativa completa fosse lançada com base em mecanismos predeterminados. Uma sugestão adicional seria incluir discussões das implicações de vários modelos apresentados sobre o mercado de trabalho, e sobre a competitividade em particular, no contexto da globalização e concorrência internacional. Havia também a necessidade de discutir a sustentabilidade de vários modelos, em particular em relação a qualquer conflito potencial com outros componentes da seguridade social, como as pensões.

Um delegado indicou que a afirmação “a provisão do serviço é onde as necessidades de saúde da população são atendidas” poderia não estar completamente correta, pois as necessidades de saúde da população poderiam ser atendidas através de uma variedade de abordagens, incluindo abordagens comunitárias, água potável e saneamento, outros programas de saúde pública e melhoria individual de comportamentos ou hábitos saudáveis. Adicionalmente, a afirmação no documento de que a proteção social devia ser entendida como uma garantia pelo Estado de um direito que seus cidadãos poderiam exercer, talvez não aplique a todos os casos. Enquanto as constituições de muitos países incluem o direito à saúde para seus cidadãos e a responsabilidade do governo de assegurar esse direito, o acesso aos serviços de saúde não era visto como um direito fundamental por todos os sistemas legais. A cooperação entre a

OPAS e a OIT poderia ser útil no desempenho de ações de cooperação técnica para os países, realizando estudos e pesquisas, ou fazendo recomendações, mas que cada país tem sua própria situação, suas próprias regras e sua própria filosofia, e deve procurar suas próprias soluções para as questões de acesso à assistência médica ou exclusão.

Observou-se que a migração de profissionais da saúde estava tendo um efeito devastador na capacidade de alguns países de proporcionar assistência. Já que o problema se relaciona diretamente com o acesso à assistência médica e com o trabalho, poderia ser apropriado abordá-lo no âmbito da iniciativa conjunta OPAS/OIT. Foi também sugerido que os Órgãos Diretores poderiam examinar a questão da migração da força de trabalho da saúde como um item separado da agenda, em outra ocasião no futuro.

Vários delegados descreveram as iniciativas que estavam sendo adotadas em seus próprios países na ampla área da extensão da proteção social na saúde. A maioria enfatizou a necessidade de uma cooperação mais próxima entre ministros da saúde e do trabalho, alguns também mencionaram a necessidade de envolvimento do ministro do meio ambiente. Vários delegados também descreveram conferências, encontros e seminários, relacionados com o tema, que foram realizados em seus países.

O Dr. López Acuña expressou seu agradecimento pelos melhoramentos sugeridos para o documento no documento. Ele explicou que a extensão da proteção social na saúde era tanto parte de um objetivo — ou seja, a melhoria do acesso universal à assistência médica — como um muito importante instrumento para atingir resultados melhores, facilitando acesso à assistência e aumentando sua eficácia e pertinência. Em resposta ao pedido de estudos de casos e maiores detalhes, ele observou que a OPAS e a OIT estavam trabalhando num documento de antecedentes que seria muito mais detalhado do que o Documento CE130/14. Ele concordou com a sugestão de que a metodologia para estudar a exclusão não poderia usar somente um indicador, pois a exclusão era influenciada pelos fatores geográficos, culturais, lingüísticos, entre muitos outros.

Com relação às questões sobre o desempenho das duas organizações, ele explicou que a OPAS trabalhou com a OIT em muitas áreas, tais como saúde ocupacional e gerenciamento e planejamento de recursos humanos. O trabalho conjunto sobre extensão da proteção social na saúde era mais uma área. Tanto a OPAS quanto a OIT têm alocado recursos por três anos de seus respectivos orçamentos regulares. Além disso, recursos foram doados pela Bélgica, França, Suécia e União Européia. Ele relatou que os fundos externos, notadamente da Suécia, foram usados para realizar estudos-piloto com a intenção de definir a exclusão do ponto de vista de vários indicadores. Este trabalho continuaria, junto com alguns passos iniciais na direção do diálogo social para identificar estratégias para cobrir grupos com acesso inadequado a serviços de saúde, particularmente aqueles da economia informal. Realizou-se também uma profunda

análise, durante mais de um ano, de avaliações comparativas de esquemas de micro-seguradoras, análise comparativa de prêmios e comportamento das despesas diretas.

Ele enfatizou que se buscou a convergência com as iniciativas de reforma do setor de saúde. Espera-se que, com o paradigma da sinergia que a OPAS e a OIT procuram promover, recursos poderiam ser mobilizados e adicionados aos níveis relativamente modestos utilizados até agora.

O Diretor disse que a OPAS era muito sensível à necessidade de basear os requisitos na demanda. Muito da discussão com a OIT foi exatamente a esse respeito. Estudos mostraram claramente que a métrica da demanda era realmente um poço sem fundo, e que nunca seria possível satisfazer completamente as demandas da população por serviços de saúde. Os comentários dos delegados indicam muito claramente que se devia buscar alguma medida da necessidade, o que levantou uma questão muito difícil, isto é, como estimar necessidades em termos das pessoas socialmente excluídas. Embora difícil, seria essencial achar metodologias para isso.

Com relação à questão de saber se a proteção social era um direito ou não, ele observou que o direito à saúde foi há muito reconhecido na Região. Na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, todos os países da América afirmaram que cada pessoa tem o direito a medidas sanitárias e sociais para preservar a saúde. Ao mesmo tempo, a OPAS certamente reconheceu que havia sistemas fundamentalmente diferentes em diferentes países e que concessões dever ser feitas de acordo com a realidade social e econômica local. A Secretaria tentaria tornar o documento mais claro neste aspecto.

Ele queria reassegurar o Comitê de que não havia contradição entre o trabalho da OPAS, descrito no documento, e o que estava acontecendo na OMS. Poderia haver algumas diferenças conceituais em relação aos sistemas de saúde, mas fundamentalmente concordou-se que o propósito essencial dos sistemas de saúde era melhorar os resultados da saúde. A OPAS poderia colaborar com a OIT em três maneiras básicas: poderia providenciar uma análise da situação; poderia facilitar cooperação técnica e o intercâmbio de experiências entre países; e poderia empreender agressiva defesa para a consideração do tema da exclusão social.

Um dos problemas essenciais na questão da exclusão social era a instabilidade econômica. Três razões básicas conduziram à instabilidade econômica e ao aumento do grau de exclusão social nos países da Região: a crise dos anos 80, que afetou gravemente a classe média e diminuiu seriamente a capacidade do Estado de reunir contribuições para a seguridade social; a alta volatilidade macroeconômica; e a resposta inadequada das instituições sociais e políticas.

Sobre a questão da migração dos profissionais da área da saúde, a OPAS estava ciente do trabalho da Secretaria da Commonwealth e também das atividades dos países da CARICOM, os quais concordaram em lançar um processo de gerenciamento migratório. Havia um crescente sentimento em alguns círculos de que já era hora de olhar para a migração do pessoal da saúde sob um ponto de vista diferente, reconhecendo que poderia ter retornos positivos. Na Jamaica, por exemplo, as remessas de dinheiro de jamaicanos que deixaram seu país são responsáveis por 8%-9% do PIB. Uma maneira de abordar a escassez de pessoal criada pela migração poderia ser expandir a escala de treinamento médico, de modo que seja suficiente tanto para suprir as necessidades do próprio país como para “exportar” pessoal médico treinado. Em qualquer caso, não era mais herético pensar em retorno positivo da migração.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R9 sobre esse tema.

Saúde e Envelhecimento (Documento CE130/15)

A Dra. Martha Peláez (Consultora Regional em Saúde e Envelhecimento, OPAS) apresentou uma análise de prioridades para promover a saúde e o bem-estar na velhice e propostas para a implementação de ações necessárias para assegurar a equidade na saúde para pessoas mais velhas, conforme indicado no Documento CE130/15. O documento também discutiu a situação demográfica das Américas, na qual todos os países estavam experimentando o envelhecimento da população. Até o ano 2025, estimou-se que a população de 60 anos ou mais somaria 200 milhões, e que cerca de metade dessa população estaria residindo na América Latina e Caribe. O crescimento do número de adultos mais velhos ameaça resultar em insegurança econômica e iniquidades na saúde. Havia o risco de que os apoios familiares e sociais fossem inadequados para a situação, acarretando riscos de discriminação por idade e outras violações dos direitos humanos básicos. Contudo, uma crise como essa poderia ser evitada agindo agora e investindo na saúde das pessoas mais velhas para promover um envelhecimento ativo e saudável. A cooperação técnica da OPAS na área de saúde e envelhecimento visa a capacitar países para se preparar e responder aos desafios e oportunidades criados por uma população que está envelhecendo e para apoiar seus esforços para implementar o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento que foi aprovado pela Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento realizada em Madri no início do ano.

O Plano Internacional de Ação estabeleceu três áreas prioritárias de ação: incentivar a participação de pessoas mais velhas no desenvolvimento, melhorar sua saúde e bem-estar e assegurar ambientes apoiadores e habilitadores. O documento CE130/15 propôs um sistema de assistência abrangente e coordenado, formulou seis princípios que deveriam ser a base de tal sistema e traçou várias estratégias para sua criação, incluindo o estabelecimento de metas de promoção da saúde para pessoas mais velhas; a reorientação da assistência primária para a prevenção e tratamento de doenças e condições ligadas ao

envelhecimento; a integração dos serviços de assistência social e de saúde para promover uma continuidade no apoio a pessoas mais velhas em risco de perder a autonomia; e o desenvolvimento de parcerias para troca de informação, colaboração técnica e apoio. Considerou também os recursos financeiros necessários e apresentou algumas questões importantes para deliberação. O Comitê foi solicitado a discutir a melhoria das políticas e ações da estratégia regional para cooperação técnica em saúde e envelhecimento, e a examinar abordagens futuras para a promoção da saúde e envelhecimento; discutir e endossar estratégias necessárias para fechar a brecha da iniquidade na saúde e envelhecimento; e apoiar a mobilização de recursos internacionais que permitiriam a implementação apropriada do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento de Madri.

O Comitê Executivo considerou que o documento era um bom quadro para abordar as necessidades da saúde de uma população que está envelhecendo rapidamente na Região. Conceitualmente, incluiu um modelo de saúde e envelhecimento que era abrangente e coordenado, dentro do setor da saúde e através de outros setores que contribuem para a boa saúde e serviços de saúde sustentáveis. A Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento em Madri deu uma oportunidade para os países reexaminarem o envelhecimento nos níveis nacional e internacional e para reafirmarem seu compromisso em melhorar a vida das pessoas idosas, e o Comitê estava satisfeito em ver que a OPAS estava trabalhando na aplicação dos resultados dessa Assembléia à Região. Alguns representantes alertaram, todavia, contra a redação de um novo documento mais longo sobre o assunto. Em vez disso, a OPAS deveria trabalhar com os países para o desenvolvimento de uma lista de prioridades comuns para a Região e as medidas específicas que poderiam ser tomadas para melhorar a saúde e o bem-estar da população idosa.

O delegado do Canadá elogiou a extensão com que o documento se baseou no “Guia para o Desenvolvimento de um Sistema Abrangente para Promover o Envelhecimento Ativo”, que foi produzido conjuntamente pelo México e o Canadá.

Sugeriu-se que a seção no documento sobre “Acesso a Serviços de Assistência de Saúde de Longo Prazo” deveria dar maior atenção ao desenvolvimento de moradias comunitárias ou opções de vida independente com assistência, que em alguns países eram uma alternativa eficaz em função do custo para a institucionalização. Sugeriu-se também que a prevenção e o controle de ferimentos deveriam ser incluídos entre as metas de promoção da saúde na seção sobre estratégias, pois a pesquisa indica que os ferimentos não-intencionais, principalmente quedas, eram a mais importante causa evitável de hospitalização e deficiência de longo prazo entre idosos.

Na seção 3.3.1, “Estabelecer Metas de Promoção da Saúde para Pessoas Idosas”, sugeriu-se que a ansiedade e a depressão deveriam ser consideradas como resultados da

saúde mental em vez de fatores de risco. Dentre os fatores de risco mais importantes para ansiedade e depressão estavam o isolamento social, a pobreza e condições físicas deficientes. Indicou-se que a demência não deveria ser incluída no tema “O que pode ser feito”, já que a demência não era passível de prevenção ou tratamento da mesma forma que a ansiedade e a depressão.

Vários delegados enfatizaram a importância de se ter uma visão abrangente sobre o impacto direto que uma melhora ou uma deterioração na saúde de uma população em particular poderia ter nos resultados de saúde de outra população. As ligações entre saúde e envelhecimento e questões como as doenças crônicas e reforma na assistência de saúde também foram sublinhadas. Vários representantes descreveram o trabalho que estava sendo feito em seus países sobre o tema da saúde e envelhecimento.

Indicou-se que o impacto das questões de saúde e envelhecimento variava através da Região, já que os vários países possuíam diferentes taxas de mortalidade e expectativa de vida, proporções diferentes de pessoas idosas na população como um todo, e assim por diante. Ao mesmo tempo, o tema não era só uma questão de reduzir a mortalidade ou aumentar a expectativa de vida, mas também, e essencialmente, uma questão da qualidade de vida que poderia ser oferecida às populações idosas. A questão tinha dois aspectos importantes: por um lado, a promoção da saúde e tipos específicos de proteção da saúde para pessoas idosas, e por outro lado, a monitoração e regulamentação de residências e outras instalações. Sem essa regulamentação e supervisão, havia o risco de sérias violações dos direitos humanos dos idosos, principalmente em lugares onde essas pessoas não tinham o apoio de um ambiente familiar. Havia a necessidade de uma abordagem geral e integrada, mas ao mesmo tempo os países precisavam selecionar as características apropriadas para sua situação demográfica individual.

A monitoração e avaliação das pesquisas era vista como um papel importante para a OPAS. Os ministérios da saúde nos países precisavam ter evidências adequadas dos impactos das políticas, programas e iniciativas nacionais de promoção da saúde, e a cooperação técnica da OPAS poderia ajudá-los a coletar a informação necessária para determinar esses impactos.

A Dra. Peláez agradeceu aos representantes seus comentários e seu voto de confiança no programa. Ela ficou particularmente agradecida pelas sugestões específicas de áreas nas quais o conteúdo do documento poderia ser melhorado, notadamente nas áreas da saúde mental e assistência comunitária.

Assinalando que o atual desenvolvimento de iniciativas sobre envelhecimento estava em grande parte nas mãos do setor privado, ela se referiu à necessidade de determinar a forma que a colaboração entre os setores público e privado tomaria. Isso era relevante particularmente para as questões de monitoração e regulamentação de instalações para pessoas idosas. Ela concordou que havia necessidade de uma

coordenação entre os programas sobre envelhecimento e os de doenças crônicas, assim como entre saúde e envelhecimento e reforma na assistência de saúde, e que a questão geral não era somente a maior longevidade, mas também os direitos humanos dos idosos.

Relembrando que a pesquisa sobre essas questões tomou a forma do Estudo Multicêntrico sobre Envelhecimento, Bem-estar e Saúde (SABE) realizado em quatro anos, ela disse que devido aos resultados do SABE a OPAS pôde focalizar sua cooperação técnica mais eficazmente. A OPAS estava totalmente preparada para fornecer esses resultados aos vários países, continuando a dar apoio a eles enquanto empreendem sua própria pesquisa.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R19 sobre esse tema.

Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna (Documento CE130/16)

A Dra. Virginia Camacho (Consultora Regional, Iniciativa para a Redução da Mortalidade Materna, OPAS) apresentou uma visão geral da abordagem da OPAS para a redução da mortalidade e morbidade materna. A mortalidade materna continuou a ser uma área da saúde pública em que pouco progresso foi alcançado, embora houvesse amplo conhecimento das causas da morte materna e existissem intervenções apropriadas baseadas em evidências para situações de escassez de recursos. Sabia-se, por exemplo, que a grande maioria das mortes maternas aconteciam por causas obstétricas diretas, mesmo em países com baixas taxas de mortalidade materna; 80% de todas as mortes pós-parto ocorreram na primeira semana após o nascimento da criança; 15% das mulheres que deram à luz tiveram uma complicação séria; e 1%-2% das mulheres que deram à luz precisaram de uma intervenção obstétrica importante para sobreviver. Outras lições aprendidas foram que um compromisso político de longo prazo era essencial na redução da mortalidade materna; que toda gravidez enfrentava risco e, portanto, toda gravidez requeria atendimento hábil no parto; que a qualidade e cobertura da assistência tinham que ser melhoradas; que deveria haver mais opções contraceptivas, assegurando sua disponibilidade e uso; e que era vantajoso adiar o primeiro nascimento.

A história mostra que a chave para a redução da mortalidade materna não está somente no desenvolvimento social e econômico, mas também em tornar o tratamento eficaz disponível e acessível. Um estudo da OMS, por exemplo, demonstrou uma forte correlação entre as baixas taxas da mortalidade materna e o atendimento hábil no parto. Conseqüentemente, a OPAS estava promovendo uma abordagem mais focalizada, concentrando-se nas intervenções eficazes em função do custo como assistência obstétrica essencial (AOE) e melhor acesso a serviços de saúde materna de qualidade.

A estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna foi elaborada para traduzir as lições aprendidas em ação. A estratégia procura promover políticas e diretrizes públicas eficazes nos níveis nacional e municipal; promover melhores práticas e intervenções baseadas em evidências, notadamente assistência obstétrica essencial e atendimento hábil no parto; aumentar as intervenções e a participação comunitárias; construir parcerias e coalizões; fortalecer os sistemas de vigilância da mortalidade e morbidade materna; financiar serviços de saúde materna e perinatal dentro da reforma do setor da saúde; e aumentar o investimento nas intervenções de promoção de saúde materna e perinatal.

As intervenções advogadas nessa estratégia parecem funcionar. Em um distrito no Equador, por exemplo, o atendimento hábil no parto aumentou 80% em três anos, e em Honduras conseguiu reduzir a taxa de mortalidade materna em 40% nos últimos sete anos. Com esforço conjunto, certamente será possível alcançar a meta de reduzir as taxas para menos de 100 por 100.000 nascidos vivos em todos os países da Região e fechar a brecha da mortalidade materna entre países e dentro deles.

O Comitê Executivo aplaudiu o documento e elogiou as mudanças feitas após o SPP ter examinado uma versão preliminar. O documento agora focalizava mais a decisão de intervenções numa base individual, levando em consideração evidências passadas e melhores práticas, assim como estimativa de risco específica para cada gravidez. As taxas desproporcionalmente altas de morte materna entre mulheres pobres e desprivilegiadas foram consideradas uma das mais notórias manifestações de iniquidade na saúde, principalmente porque a grande maioria dessas mortes podia ser evitada. O Comitê salientou que a melhoria dessa situação deveria ser uma prioridade importante da saúde pública para todos os governos.

Assinalou-se que a taxa de mortalidade materna não era somente um indicador de saúde, mas também um importante indicador de desenvolvimento. Os problemas que contribuíam para as altas taxas de morte materna tinham que ser resolvidos pela comunidade como um todo. Um delegado informou que uma iniciativa comunitária para identificar mulheres grávidas e assegurar que receberiam assistência pré-natal adequada mostrou-se extremamente eficaz na redução da mortalidade materna no seu país. Outro argumento para o envolvimento da comunidade foi que uma proporção significativa de mulheres grávidas não tinha o apoio de seus parceiros durante ou após a gravidez. Os homens também deveriam ser alvo das campanhas de promoção da saúde e educação intencionadas para fomentar a maternidade segura.

Vários delegados sublinharam a necessidade de treinamento, cooperação interinstitucional adequada e, acima de tudo, uma abordagem multissetorial. Essa abordagem deve tratar de fatores socioeconômicos, emprego e desafios educacionais que as mulheres enfrentam além de suas necessidades de saúde e nutricionais. Enfatizou-se

que a redução da pobreza e a educação eram estratégias cruciais, pois a maioria das mortes maternas ocorre entre as mulheres mais pobres com menor escolaridade. Atenção à situação de saúde e nutricional das jovens bem antes de alcançarem a idade de ter filhos também era crucial para reduzir riscos e melhorar o resultado da gravidez.

A melhoria da qualidade de assistência também foi considerada crucial para eliminar desigualdades, como as que existiam entre centros urbanos e áreas rurais remotas, que tendem a mostrar taxas maiores de mortalidade. Em relação à qualidade de assistência e acesso a serviços, alguns delegados assinalaram que as pessoas que mais correm risco de complicações eram muitas vezes da camada socioeconômica mais baixa. Conseqüentemente, mesmo quando os serviços eram reembolsados totalmente, muitas mulheres tinham menor probabilidade de acesso porque eram incapazes de arcar com as despesas iniciais. A questão do financiamento era talvez o maior desafio para a provisão de acesso universal à assistência de saúde para as mulheres pobres e marginalizadas nas Américas. Deveria haver um foco contínuo no desenvolvimento de estratégias inovadoras para o financiamento sustentável e acesso melhorado.

Muitas sugestões foram feitas para melhorar o documento. Expressou-se preocupação com a frase “toda gravidez enfrenta risco”, que talvez seja excessivamente abrangente e possa exagerar o grau de risco. Sugeriu-se que a Seção 2.1, “Situação Atual da Mortalidade e Morbidade Materna”, deveria focalizar mais outras causas de morte materna, pois somente a gravidez adolescente foi discutida profundamente. Seria útil ter uma discussão detalhada de outros fatores e como eles podem ser prevenidos. Muitos delegados solicitaram o esclarecimento de algumas das cifras apresentadas no documento e se ofereceram para fornecer dados mais recentes e informação metodológica sobre a vigilância da mortalidade materna.

Um delegado manifestou a opinião de que a expressão “serviços de saúde reprodutiva” no contexto internacional agora teria a conotação de serviços de aborto e recomendou que fosse substituído por “assistência de saúde reprodutiva”, para assim não dar a impressão de que o documento estivesse de alguma forma promovendo o aborto na Região. Como o documento indica que os abortos não seguros contribuíam para a mortalidade materna numa série de países, deveria também refletir uma ênfase na prevenção do aborto, principalmente na redução de gravidez não planejada. Outros delegados opinaram que o documento focalizou excessivamente na AOE, excluindo outras estratégias como a prevenção, educação e assistência pré-natal, abordando particularmente as infecções sexualmente transmitidas, HIV/AIDS e recurso ao aborto não seguro.

Assinalou-se que grande parte do documento se referia apenas à mortalidade materna, com pequena atenção à morbidade. O grande ônus de doença e deficiência para

as mulheres devido a complicações de gravidez e parto ou abortos não seguros tinha que ser uma parte explícita de todos os programas e políticas de saúde materna.

A Dra. Camacho expressou seu agradecimento pelos comentários e sugestões úteis do Comitê, que serão refletidos na versão revisada do documento. Ela recebeu as expressões de compromisso dos delegados com a questão e agradeceu àqueles que se ofereceram a dar informações mais detalhadas ou atualizadas.

O Diretor disse que os altos níveis de mortalidade materna na Região eram uma de suas maiores preocupações. Quando se observavam os avanços feitos na redução da mortalidade infantil, tinha-se que perguntar por que um progresso similar não foi feito na mortalidade materna, especialmente porque muitas das questões que precisavam ser abordadas eram as mesmas: pobreza, desenvolvimento, educação. Talvez parte do problema seja a relutância dos países da Região em reconhecer que o problema realmente existia. Se assim fosse, tinha que ser trazido à baila.

Como deixou claro o documento, as tecnologias necessárias estavam disponíveis; a questão era como levar os países a aplicá-las. Ele esclareceu que a ênfase na AOE não significava que outras atividades não eram igualmente importantes. Uma abordagem multifatorial era essencial. Nos países em que as taxas de mortalidade materna eram maiores, intervenções específicas deviam ser aplicadas, reconhecendo-se que nos países com taxas mais baixas um espectro mais amplo de atividades seria necessário para produzir uma melhora.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R10 sobre esse tema.

Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas (Documento CE130/17)

A Dra. Sylvia Robles (Coordenadora, Programa sobre Doenças Não-Transmissíveis, OPAS) descreveu a abordagem da saúde pública desenvolvida pela OPAS para enfrentar o ônus crescente das doenças não-transmissíveis (DNT) na Região. Essa abordagem combina administração de risco baseada na população para prevenir DNT com modelos de assistência primária para responder às necessidades da saúde crônica e aguda. Embora continuem a ser percebidas como doenças de afluência, as doenças não-transmissíveis crônicas, principalmente doenças cardiovasculares, eram agora importantes causas de morte prematura e deficiência em todos os países das Américas. Elas também implicam um enorme ônus social e econômico, pois tendem a afetar adultos durante seus anos mais produtivos, privando as famílias de seu principal sustento. O impacto sobre os pobres nos países em desenvolvimento era especialmente severo. Além disso, as próprias doenças crônicas poderiam levar à pobreza, pois o custo do tratamento era muitas vezes exorbitante. Era, portanto, imperativo achar estratégias sustentáveis e eficazes em função do custo para prevenir essas doenças.

Um componente-chave da abordagem regional era o Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial de Doenças Não-Transmissíveis, uma rede de programas comunitários, conhecida pelo seu acrônimo em espanhol, CARMEN. Uma iniciativa parecida no Caribe é o Programa Caribenho de Intervenção no Estilo de Vida (CARLI, em inglês). A CARMEN baseia-se no conceito de ação integrada para reduzir uma série de fatores de risco comuns a muitas doenças não-transmissíveis. A CARMEN e o CARLI compartilham três elementos comuns a todos os programas bem-sucedidos para a prevenção e o controle de DNT: (1) formulação de políticas para abordar os determinantes de nível macro das DNT, (2) ação comunitária; e (3) serviços de saúde sensíveis. A CARMEN é uma das seis redes nacionais que operam em cada uma das regiões da OMS. Essas redes ofereceram oportunidades para avaliar a eficácia das intervenções, intercâmbio de experiências entre países e treinamento. Outros componentes da estratégia da OPAS eram a vigilância das DNT e fatores de risco, modelos inovadores para dar assistência a condições crônicas e defesa de causas para mudança de política. O documento fornece informação sobre as atividades visadas em cada uma dessas áreas.

Solicitou-se que o Comitê Executivo comentasse sobre como a OPAS pode fortalecer sua abordagem da saúde pública para DNT crônicas, principalmente através da iniciativa CARMEN, e ajudar os Estados Membros na luta contra o duplo ônus das doenças transmissíveis e não-transmissíveis.

O Comitê endossou a abordagem da saúde pública apresentada no documento e elogiou os esforços da OPAS em ajudar os países a lidar com doenças não-transmissíveis, que eram um problema cada vez maior para países desenvolvidos e em desenvolvimento na Região. O Comitê salientou a necessidade de prevenção para reduzir a ocorrência de DNT crônicas e assim reduzir também seus enormes custos econômicos e sociais. Para prevenir essas doenças, era essencial abordar os fatores de risco que contribuíam para sua ocorrência. Para isso, contudo, era necessário determinar quais eram os fatores de risco, o que apontava a necessidade de pesquisa e maior investimento em pesquisa. Os estudos deveriam examinar toda a extensão de fatores comportamentais, ambientais, de dieta e outros que possam representar um papel no desenvolvimento de DNT crônicas. A promoção da saúde e a educação também eram cruciais para convencer as pessoas a mudar comportamentos potencialmente prejudiciais e equipá-las com o conhecimento de que precisam para ter uma responsabilidade maior por sua própria saúde. Também era necessária pesquisa na área de promoção da saúde e educação para identificar as intervenções mais eficazes. O Comitê considerava essa pesquisa como parte essencial da cooperação técnica da OPAS.

A CARMEN é considerada um veículo altamente eficaz na prevenção de doenças e promoção da saúde, pois oferece uma abordagem integrada para tratar as DNT crônicas e seus fatores de risco comuns. Outra vantagem da CARMEN é sua ênfase na

participação da comunidade e ação multissetorial, que são componentes essenciais de qualquer programa bem-sucedido para prevenir DNT crônicas. Sugeriu-se que o documento deve fornecer informação mais detalhada sobre a iniciativa CARMEN e estratégias para a redução de fatores de risco comuns.

O Comitê assinalou que, como no caso da HIV/AIDS e outras doenças ligadas ao risco, os esforços de promoção de saúde devem visar não só indivíduos, mas também suas famílias e a sociedade como um todo, para assim realizar uma mudança cultural e fomentar ambientes que desencorajam comportamentos não saudáveis e arriscados. O Representante do Banco Interamericano de Desenvolvimento relatou que uma iniciativa conjunta da OPAS e do BID indicou a necessidade de aumentar a consciência pública sobre os fatores de risco para DNT crônicas e criar uma cultura de prevenção na qual as pessoas aceitem a necessidade de tomar certas medidas para prevenir doenças não-transmissíveis crônicas, assim como aceitam a necessidade de serem imunizados para se proteger de doenças imunopreveníveis.

Vários delegados novamente assinalaram a ligação entre DNT crônicas e o tema da saúde e envelhecimento e indicaram que isso deveria ser sublinhado mais proeminentemente nos documentos sobre ambos os temas. Um delegado assinalou que esse tema estava ligado também ao tema da AIDPI, já que a ação tomada para prevenir problemas de saúde na infância ajudaria também a prevenir problemas de saúde mais tarde. Através da educação sobre saúde, os jovens devem ser dissuadidos de começar a fumar e adotar outros hábitos não saudáveis que poderiam levar a DNT crônicas e devem ser encorajados a se exercitar e a adotar estilos de vidas saudáveis.

Assinalando que o documento não mencionou a estratégia global que está sendo formulada pela OMS sobre dieta, atividade física e saúde para a prevenção e controle de doenças não-transmissíveis, um delegado instou a OPAS a se tornar ativamente envolvida no desenvolvimento da estratégia. A OPAS forneceu um valioso fórum para discussão e contribuição dos Estados Membros sobre outras iniciativas estratégicas globais importantes, como aquelas sobre o desempenho do sistema de saúde e alimentação infantil. Era importante que a Organização representasse novamente esse papel no caso da estratégia global sobre DNT. O delegado também instou os Estados Membros a enviarem seus comentários sobre a versão preliminar do relatório da consultoria organizada pela OMS e a Organização para Alimentação e Agricultura (FAO) das Nações Unidas sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas, pois as recomendações contidas nesse relatório formariam a base para a estratégia global.

A Dra. Robles enfatizou que a estratégia da OPAS empregava uma abordagem integrada que considera as doenças não-transmissíveis crônicas e seus fatores de risco. Como observaram os delegados, a CARMEN ofereceu a oportunidade de integrar ações e assegurar sustentabilidade das iniciativas de prevenção e controle das DNT. Forneceu

também um quadro para colaboração internacional e avaliação da eficácia e do impacto das intervenções. Ela concordou sobre a importância da prevenção do risco que visa à família e a comunidade porque os fatores de risco tinham um componente social. Além disso, as famílias podem facilitar a prevenção desde a infância e através do ciclo da vida. Por essa razão, a ação da comunidade e da família era um componente essencial da abordagem da saúde pública da OPAS, junto com a formulação de política pública e serviços de saúde sensíveis.

O Diretor concordou sobre a necessidade de abordar as DNT através do ciclo de vida. A prevenção de doenças e a promoção da saúde deveriam começar na infância e até antes do nascimento, já que havia uma forte evidência de que as condições intra-uterinas influenciam a propensão de uma pessoa com respeito a doenças crônicas mais tarde na vida. Conseqüentemente, a promoção da saúde materna pode ser uma medida preventiva para a redução da prevalência de doenças crônicas.

Ele também concordou que as estratégias de promoção da saúde devem visar a sociedade como um todo. Contudo, embora as intervenções na população fossem imperativas em alguns casos, as intervenções direcionadas para indivíduos também eram necessárias. Ele esperava que o documento esclarecesse que as duas abordagens não eram de modo algum antagônicas. Em alguns casos, o Estado deve agir para reduzir ou eliminar fatores que apresentam um risco para a população — por exemplo, medidas para reduzir o risco de uso do tabaco. Mas também era importante focalizar a mudança de comportamento do indivíduo.

Em relação à versão preliminar do relatório da consulta da OMS/FAO a especialistas, ele não teve a oportunidade de ler o documento a fundo. Após ter feito isso, ele poderia conferir com os Estados Membros se uma consultoria no nível regional seria apropriada e útil para ajudar o desenvolvimento da estratégia global sobre doenças não-transmissíveis.

Ele ficou satisfeito que o Comitê tenha abordado o tema da pesquisa, que era um aspecto importante da abordagem da OPAS para as DNT. No momento, a Organização estava patrocinando um projeto múltiplo de pesquisa direcionada a determinar como grupos e indivíduos poderiam ser persuadidos a mudarem seu comportamento e em que estágio estariam mais receptivos às mensagens de promoção da saúde. Informação sobre o projeto não foi incluída no Documento CE130/17 porque os documentos em andamento enviados aos Órgãos Diretores eram intencionalmente resumidos. Contudo, na revisão do documento para a Conferência, a Secretaria tentaria incorporar mais informação sobre pesquisa e sobre a CARMEN, uma iniciativa da qual a Organização era muito orgulhosa.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R13.

Mulher, Saúde e Desenvolvimento (Documento CE130/18)

A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordenadora, Programa sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento, OPAS) descreveu o trabalho de seu programa no sentido de cobrir a brecha de saúde e gênero nas Américas. De acordo com a definição de iniquidade da OPAS, as iniquidades de gênero eram definidas como aquelas desigualdades entre o homem e a mulher que eram desnecessárias, evitáveis e injustas. Equidade de gênero na saúde não significava necessariamente que homem e mulher teriam as mesmas taxas de mortalidade e morbidade, mas significava que tinham oportunidade igual de gozar de saúde e evitar a doença, a deficiência ou a morte prematura por causas evitáveis. Também significa que os recursos de saúde sejam alocados de acordo com as necessidades diferenciais do homem e da mulher, sem considerar sua capacidade de pagamento, e que homens e mulheres contribuam ao financiamento da assistência de saúde de acordo com sua capacidade econômica, não sua saúde e riscos de saúde reprodutiva.

Há crescente evidência de que as iniquidades de gênero afetam a situação da saúde, acesso a serviços de saúde e a qualidade da assistência recebida. O impacto das iniquidades de gênero sobre a saúde da mulher era evidente, por exemplo, nas taxas inaceitavelmente altas de mortalidade materna da Região e na violência baseada no gênero que afeta mais de 1 em 3 mulheres, existindo também na provisão da assistência de saúde. As iniquidades de gênero também são exacerbadas pela pobreza, educação e etnia. A mortalidade feminina era muito maior entre mulheres pobres. Em toda a sua vida, as mulheres tendem a usar serviços de saúde mais do que os homens como resultado de seu papel reprodutivo e maior longevidade. Contudo, as mulheres pobres usam menos os serviços do que os homens e gastam mais com assistência de saúde. As iniquidades de gênero também afetam a provisão de assistência de saúde. As mulheres compõem 80% da força de trabalho de assistência de saúde, mas trabalham principalmente em empregos de baixa renda e baixo prestígio. Ademais, grande parte da contribuição da mulher para a saúde nas suas famílias e comunidades não era remunerada.

O Programa da OPAS sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento foi estabelecido para ajudar os Estados Membros a alcançar a equidade de gênero na saúde. Com base nesse mandato e nas necessidades dos Estados Membros, o Programa identificou cinco áreas estratégicas para ação: (1) incluir uma perspectiva de gênero na análise da situação da saúde para visar políticas e programas mais eficazmente; (2) monitorar o efeito das políticas de saúde e processos de reforma relacionados à equidade de gênero na saúde; (3) desenvolver e implementar modelos que abordem iniquidades de gênero na saúde de uma forma integrada; (4) apoiar atividades de divulgação com informação, educação, materiais e estratégias de comunicação para defesa de causas e treinamento; e

(5) incorporar a perspectiva de gênero nas políticas e programas da OPAS e dos Estados Membros.

O documento esboça as principais atividades do Programa em cada uma dessas áreas e apresenta uma série de ações que o Programa recomendou aos Estados Membros para cobrir a brecha. Essas recomendações foram baseadas nos compromissos assumidos pelos países nas várias convenções globais e regionais sobre os direitos da mulher e a saúde da mulher, assim como as recomendações do Subcomitê da OPAS sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento.

Na discussão que se seguiu à apresentação da Dra. Velzeboer, membros do Comitê receberam com satisfação as revisões feitas no documento após a consideração pelo SPP de uma versão anterior, especialmente aquelas que esclareciam o significado de “equidade de gênero” e terminologia relacionada. Sugeriu-se, contudo, que a declaração de que “o pagamento dos serviços de saúde é feito de acordo com a capacidade econômica” contradiz a afirmação de que a equidade de gênero significava que homens e mulheres recebiam serviços de saúde de acordo com suas necessidades diferenciais e sem considerar sua capacidade de pagamento. Sugeriu-se também que o documento deveria focalizar mais informação sobre as realizações concretas do Programa, seu trabalho atual e suas prioridades futuras. Elogiou-se a atenção do documento às necessidades da saúde mental da mulher, mas a questão não deveria ser mencionada somente no contexto da violência contra a mulher.

O delegado do Canadá ofereceu a experiência de seu país para ajudar o Programa a compilar e analisar informação desagregada por sexo.

A Dra. Velzeboer-Salcedo agradeceu ao representante canadense sua oferta. Ela informou que, desde a última reunião do Subcomitê sobre Mulher, Saúde e Desenvolvimento, o Programa recrutou um funcionário com experiência em análise de gênero, o que aumentou sua capacidade para colaborar com os países nessa área. Em relação às sugestões sobre o documento, ela disse que a intenção era fornecer um quadro mais amplo do que o Programa alcançou e onde planeja ir no futuro, enfatizando como o Programa poderia ajudar os países. Não foram incluídos muitos detalhes sobre realizações concretas, mas o Programa tentaria incluir informação mais concreta na próxima versão. Quanto às prioridades futuras, as áreas estratégicas identificadas no documento representam as áreas prioritárias nas quais o Programa estaria concentrando seus esforços nos próximos anos.

Respondendo aos comentários relacionados à saúde mental, ela explicou que isso foi mencionado explicitamente na seção sobre a violência baseada no gênero porque às vezes o trabalho do Programa naquela área era incorporado ao departamento de saúde mental dos ministérios da saúde nos dez países em que o modelo para abordar a violência

baseada no gênero foi implementado. O objetivo era utilizar as redes comunitárias estabelecidas com o modelo para abordar também a saúde mental e outras necessidades de assistência de saúde primária da mulher. Em El Salvador, por exemplo, várias redes comunitárias já estavam trabalhando em problemas de saúde mental, além do seu trabalho em relação à violência baseada no gênero.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R14 sobre esse tema.

Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) (Documento CE130/19)

O Sr. Roberto Rivero (Escritório de Análise e Planejamento Estratégico, OPAS) informou que o Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana solicitou que o Serviço de Análise e Planejamento Estratégico da OPAS, em colaboração com o Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido, realizasse uma avaliação ampla da relevância, eficácia e eficiência do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS). Esperava-se que o processo produzisse um modelo de avaliação que possa ser aplicado a outros Centros da Organização. O Diretor pediu que a equipe de avaliação abordasse quatro questões principais: se a análise racional original para a operação do centro pela OPAS ainda era válida; a natureza das relações de trabalho entre o CEPIS e os escritórios da OPAS nos países, e se essas relações resultaram em sinergias; o panorama financeiro de médio e longo prazo para o CEPIS e sugestões sobre como melhorá-lo; e se a fusão de recursos do ex-Centro Pan-Americano para Ecologia Humana e Saúde (ECO) no CEPIS foi eficaz.

As questões essenciais identificadas pelo Diretor giram em volta de três questões de avaliação: se o CEPIS estava oferecendo cooperação técnica eficaz, relevante, útil e de alta qualidade para melhorar a saúde ambiental nas Américas; se o CEPIS foi bem administrado; e se a fusão de alguns recursos do ex-ECO com a CEPIS criou as sinergias intencionadas. Essas questões foram abordadas através de uma análise detalhada de material e informação do Centro; uma análise de uma amostra dos arquivos de projeto da CEPIS, e entrevistas com o pessoal do CEPIS, interessados importantes no Peru, funcionários da sede da OPAS e outros especialistas regionais, e pesquisas.

A avaliação produziu quatro conclusões principais. Primeiramente, o CEPIS era percebido como uma fonte valiosa de cooperação. Contudo, ele deveria adaptar seu presente papel e funções para ser mais proativo e trabalhar mais através de redes de instituições, o que teria um efeito multiplicador na sua cooperação técnica. Segundo, o CEPIS deveria procurar se transformar numa organização catalisadora, como recomendado pelo Grupo Consultivo Especial de 1998. Isso significaria que o planejamento, programação e processo orçamentário do CEPIS teriam que encontrar uma melhor forma de distribuir os recursos orçamentários regulares disponíveis. Terceiro, o

CEPIS deveria desenvolver uma estratégia de mobilização de recursos apropriada, assim como uma capacidade interna permanente de mobilização de recursos. Isso requereria financiamento adicional, a ser alcançado pelo redirecionamento dos recursos do CEPIS ou por financiamento adicional aprovado pelo Diretor da OPAS. Quarto, a construção de um novo CEPIS ainda era um trabalho em progresso que merecia o apoio de um órgão consultivo externo. Ademais, a avaliação produziu muitas recomendações, nas áreas de eficácia e relevância, administração e a fusão do CEPIS-ECO.

O Comitê Executivo elogiou a Secretaria pela qualidade do documento resumido e do relatório de avaliação final. O Comitê considera que a informação contida no relatório foi muito valiosa no sentido de tornar os Estados Membros mais conscientes do importante papel representado pelos Centros. Considerou-se também que o envolvimento do auditor externo foi altamente benéfico. Sugeriu-se que deveriam ser executadas uma ou duas dessas avaliações por ano e seus resultados comunicados aos Órgãos Diretores. Indicou-se que a questão fundamental a ser abordada numa avaliação desse centro era se estava contribuindo para a realização dos planos e programas da Organização e seus Estados Membros. Quaisquer recomendações para mudanças devem ser vistas da mesma forma.

Alguns delegados alertaram que, como indica o relatório, este estava sujeito a algumas tendenciosidades internas devido à utilização de pesquisas e entrevistas de interessados. Adicionalmente, a metodologia da avaliação poderia ter sido melhorada pela adição de medidas quantitativas. Todavia, com essas restrições, os resultados eram úteis como uma ferramenta para aumentar a responsabilidade e sensibilidade do Centro, e a implementação completa das recomendações da equipe de avaliação aumentaria a capacidade do Centro. Expressou-se apoio, particularmente, à recomendação de que o CEPIS deve representar um papel mais proativo e preventivo e deveria guiar Estados Membros na utilização das avaliações de saúde ambiental.

Embora o grau de deslocamento que ocorreu após a fusão com o ECO tenha sido relativamente normal e provavelmente seria resolvido no devido tempo, devia-se perguntar se era realista esperar que o CEPIS acomode todas as necessidades de todos os países da Região. Talvez devesse haver alianças, por exemplo, com o Instituto Caribenho de Saúde do Ambiente em Santa Lúcia, assim permitindo um maior envolvimento dos países localizados longe do CEPIS. O representante da Jamaica informou que a CARICOM, com a assistência da PAHO, estava empreendendo uma revisão das instituições regionais que operam dentro da área da CARICOM, incluindo o Instituto Caribenho de Saúde Ambiental. Ele não excluiria alguma forma de fusão de funções ou aliança com o CEPIS, mas que isso era uma questão a ser considerada quando as avaliações fossem completadas.

Sugeriu-se que, já que o relatório reconheceu algumas deficiências no Centro, antes de o tópico ser apresentado a Conferência Sanitária Pan-Americana, um adendo ao

relatório podia ser produzido para abordar as recomendações feitas, assim dando o quadro completo não só da avaliação, mas também de como a Secretaria via as recomendações. Os delegados identificaram cinco áreas em que essa informação adicional poderia ser útil: a fusão com o ECO e seu fracasso em produzir as sinergias desejadas; a atual falta de um plano de financiamento; a falta de uma equipe de administração sênior; a falta de um plano estratégico de médio prazo; e a necessidade de uma maior extensão aos países de língua inglesa da Região.

O Dr. Rivero agradeceu ao Comitê Executivo pelos comentários. Ele assinalou que a avaliação foi elaborada com base nas questões a serem respondidas. A metodologia desenvolvida poderia provavelmente ser usada para avaliar outros centros no futuro, mas ele alertou que se diferentes questões fossem colocadas, então a metodologia da avaliação talvez tivesse que ser mudada.

Ele concordou que parecia que a estrutura atual do CEPIS e a alocação de recursos precisavam ser reorganizadas. Dada a alocação atual de recursos internos e financiamento, o Centro quase alcançou seu potencial máximo para desempenho: para avançar e desenvolver esse potencial seria necessário implementar pelo menos algumas das recomendações principais. Ele também concordou com a sugestão de alianças com outros centros para que, no futuro, o CEPIS funcione mais como um foco de centros e instituições colaboradoras.

O Diretor disse também que os resultados de uma avaliação dependiam das questões apresentadas, assim como da adequação da instituição para avaliação, mais a capacidade de informação disponível para responder a essas questões. Mas, com essa advertência, então uma metodologia geral poderia ser desenvolvida, para uso em avaliações futuras.

Deve-se lembrar que, embora o CEPIS tenha sido avaliado como um centro individual, em termos de programa era parte do programa de saúde ambiental como um todo, que também consistia de pessoas na sede e de especialistas em saúde ambiental nos países. Quando as possibilidades de cooperação técnica na saúde do ambiente eram consideradas, não era correto esperar que o CEPIS sozinho realizasse essa função. A razão para a fusão do ECO e o CEPIS foi eliminar uma divisão entre identificação de riscos em um lugar e determinação da resposta a esses riscos em outro. Em grande medida o CEPIS foi bem-sucedido em combinar essas duas funções, que foi o que ele entendeu por um “novo” CEPIS. Contudo, uma vez definidas as respostas aos riscos, a cooperação técnica necessária para fornecer as respostas em cada país não cabia apenas ao CEPIS, mas ao programa de saúde ambiental como um todo.

A responsabilidade principal do CEPIS era de cumprir um mandato regional. Ele nunca seria capaz de responder a todos os pedidos individuais de cooperação técnica que

poderiam vir dos países. Isto era em parte a responsabilidade dos especialistas em saúde ambiental nesses países.

Embora o relatório sugerisse que o CEPIS deveria enfatizar a mobilização de recursos externos, ele indicou que hoje metade dos fundos do Centro vem de recursos externos. Ele não achou uma idéia muito boa um centro ser tão dependente de recursos externos a ponto de esses recursos ditarem o que o centro estava fazendo. A abordagem correta era o centro apurar o que os Órgãos Diretores declararam que deveria ser feito e então buscar recursos para fazê-lo.

Os prazos para a preparação dos documentos significavam que um adendo detalhado respondendo às recomendações não poderia ser criado, mas certamente ele poderia indicar como a Secretaria responderia a algumas das questões administrativas levantadas. Por exemplo, ele criaria um Comitê Consultivo como sugerido para fornecer orientação em aspectos políticos e técnicos. Ele alertou, contudo, que não era possível estruturar um plano de financiamento ou um plano estratégico de médio prazo para o CEPIS separado daqueles da Divisão de Saúde e Ambiente. O CEPIS não era uma entidade independente; era parte do programa de saúde ambiental como um todo.

Ele assinalou a sugestão de que o CEPIS precisava se estender ao Caribe. Isso ocorreria quando os riscos de saúde ambiental do Caribe precisassem de identificação do CEPIS e quando a solução para esses riscos caísse na competência do CEPIS. Quando esse não era o caso, então a resposta às necessidades ambientais do Caribe tinha que vir da Organização como um todo, incluindo a Divisão de Saúde e Ambiente.

A avaliação foi um exercício útil e contribuiu para o fortalecimento da saúde ambiental na Região como um todo. Contudo, antes de executar outras avaliações desse tipo, era necessário ter certeza se os benefícios a serem ganhos justificariam os recursos utilizados.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R15 sobre esse tema.

Relatório Sobre a Reunião dos Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas (MSMAA) (Documento CE 130/20)

O Dr. Mauricio Pardón (Diretor, Divisão de Saúde e Ambiente) informou que a Reunião dos Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas (MSMAA) foi realizada em Ottawa, Canadá, em 4 e 5 de março de 2002.

Ele explicou que a reunião, que brotou da Cúpula de Quebec em abril de 2001, e antes disso do Convênio Pan-Americano e Plano de Ação assinado na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Meio Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável em

Washington em outubro de 1995, foi organizada pelo governo do Canadá em colaboração com a OPAS e o Programa Ambiental das Nações Unidas (UNEP). Os documentos técnicos para a reunião foram redigidos após uma revisão do conhecimento existente e uma consultoria abrangente com países e instituições, incluindo o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial, a Organização dos Estados Americanos e o Centro Europeu para o Meio Ambiente e a Saúde/OMS. Compareceram à reunião representantes de 31 países, cujas delegações incluíram 14 ministros da saúde e 15 ministros do meio ambiente. Os objetivos eram construir pontes entre os setores de saúde e meio ambiente, conseguir acordo sobre atividades cooperativas e contribuir para a Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável a ser realizada em Johannesburgo em agosto de 2002.

Ele deu dois exemplos dos benefícios dessas reuniões hemisféricas. Primeiramente, a cobertura de água potável melhorou de 33%, ou 69 milhões de pessoas, no começo dos anos 60, para 80%, ou 420 milhões, hoje. Segundo, o uso de chumbo na gasolina caiu de 27.000 toneladas em 1990 para uma estimativa de 5.000 toneladas em 2000; 15 países na Região eliminaram o chumbo na gasolina, e o restante tinha planos de removê-lo gradualmente. Em ambos os casos, as melhoras aconteceram como um resultado de reuniões hemisféricas como a MSMAA.

A reunião MSMAA assinalou que doenças diarreicas e distúrbios respiratórios continuaram a representar o principal ônus de doença ligada ao ambiente. Reconhecendo que havia diferenças entre países, identificou as questões da saúde ambiental prioritárias na Região: primeiro, poluição da água, saneamento e higiene; segundo, poluição em locais abertos e fechados; e terceiro, os efeitos crônicos e agudos da exposição a substâncias químicas, pesticidas em particular. Houve acordo na reunião, além disso, para considerar maneiras de atingir os objetivos da Cúpula do Milênio com respeito a água e saneamento e redução da poluição da água, como esboçado na Declaração de Montreal de 2001; manejo de resíduos sólidos e a eliminação da gasolina com chumbo; implementação da Convenção de Estocolmo; controle da exposição a substâncias químicas; e redução da vulnerabilidade a desastres naturais.

Os países participantes concordaram sobre a necessidade de seguir em frente na arena nacional com uma parceria estratégica abrangente entre os setores de saúde e meio ambiente; e sobre a importância da construção de capacidade nas áreas de vigilância, uso de indicadores, troca de informação, fortalecimento institucional e informação pública e educação. Ênfase renovada foi atribuída ao Convênio Pan-Americano sobre Saúde e Meio Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, reconhecendo a preeminência da ação em cada país. O Comunicado Ministerial que surgiu da reunião afirmou o acordo dos ministros para se reunirem periodicamente antes das Cúpulas das Américas. Também recomendou a criação de um mecanismo de acompanhamento que não duplicaria, mas aproveitaria as capacidades regionais e sub-regionais existentes.

O Canadá, a OPAS e a UNEP convocariam uma Força-Tarefa para desenhar esse mecanismo de acompanhamento. Funcionaria no período de 2002-2003 para definir o tipo de ações requeridas para implementar as recomendações e conclusões da reunião de MSMAA. Sugeriu-se que poderia compreender dez funcionários de alto nível dos ministérios da saúde e meio ambiente de talvez cinco países, distribuídos regionalmente. Haveria dois Co-Presidentes, um de cada ministério. O papel da OPAS seria trabalhar com os Presidentes para desenvolver materiais estratégicos e documentos. O Canadá generosamente se ofereceu para financiar o primeiro ano de trabalho da Força-Tarefa.

O delegado do Canadá agradeceu à Secretaria o excelente resumo da reunião, incluindo a análise dos resultados e as propostas resultantes para ação. Ele expressou a gratidão do Canadá à OPAS pela recomendação técnica e apoio no planejamento da reunião. Ele também agradeceu aos ministros e funcionários que contribuíram para o seu sucesso. A reunião avançou na formação de parcerias estratégicas entre os setores de saúde e meio ambiente. Teve êxito na identificação de prioridades e objetivos iniciais a serem considerados. O processo de acompanhamento precisava ser desenvolvido a fim de manter o impulso. O Canadá esperava manter a colaboração com a OPAS na formação e trabalho da Força-Tarefa e na facilitação de consultorias internacionais quando a Força-Tarefa tiver cumprido seu mandato e a etapa de ação tiver começado. O Canadá endossou a proposta de que os Órgãos Diretores deveriam ser informados anualmente sobre o progresso feito em relação ao cumprimento dos compromissos assumidos na reunião de MSMAA.

O Diretor agradeceu ao Canadá por sediar a reunião, que foi útil e produtiva. Foi animador ver que os ministros da saúde e meio ambiente focalizaram problemas primários como água e saneamento. A OPAS espera participar da próxima etapa.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R20 sobre esse tema.

Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde (Documento CE130/21)

A Sra. Bryna Brennan (Chefe, Escritório de Informação Pública, OPAS) informou sobre as atividades para marcar o Centenário da OPAS. Ela descreveu alguns dos eventos já realizados, e deu uma visão geral daqueles ainda por vir. Ela explicou que depois de vários anos de planejamento e participação da Organização inteira, os eventos comemorativos estavam acontecendo não só para celebrar realizações passadas e promessas futuras, mas também para fomentar relações existentes, criar novas parcerias e promover o trabalho e a missão da Organização. As celebrações estavam alcançando uma ampla variedade de públicos — o setor da saúde, as comunidades acadêmica e científica, o pessoal da OPAS e o público em geral — com a mensagem das realizações e contribuições da OPAS para a saúde dos povos da Américas. O foco estava centrado no

trabalho da Organização com os países das Américas. Materiais e eventos do centenário destacavam o trabalho e a missão da OPAS e foram desenhados para levantar o espírito da pessoal da OPAS para se dedicar novamente aos objetivos e à missão da Organização.

Os eventos estavam acontecendo nos níveis organizacional, nacional e regional, sob uma grande variedade de formas: feiras e exposições, simpósios, selos postais, concursos e premiações, itens de mídia, eventos esportivos, criação de acolhoados, e assim por diante. A OPAS criou um site especial para o centenário e produziu vídeos, anúncios de utilidade pública, mercadorias comemorativas, etc.

Vários delegados informaram sobre o que os seus países estavam fazendo para marcar o Centenário.

O delegado do Canadá ofereceu congratulações pelo sucesso dos eventos até agora e apresentou os melhores votos para os eventos futuros. O Canadá realizou uma cerimônia de plantio de uma árvore para marcar o Centenário. Ao lado da árvore havia uma placa de granito nos quatro idiomas da Região. Em gratidão pela dedicação do Diretor à Organização e em reconhecimento do seu interesse em jardinagem, o Canadá quis presenteá-lo com uma pá especial para a ocasião.

O Diretor expressou seu agradecimento pelo presente, lembrando que seria muito útil nos seus anos de aposentadoria. Notando que a Organização estava na metade do caminho do ano comemorativo, ele agradeceu a todos que contribuíram para o sucesso do Centenário, que foi uma celebração de tudo que os Estados Membros alcançaram.

O Comitê Executivo tomou nota da apresentação e da discussão subsequente, mas não considerou necessário aprovar uma resolução sobre esse tema (Decisão CE130(D6)).

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório Sobre Arrecadação das Cotas (Documentos CE130/22 e CE130/22, Add. I)

O Sr. Mark Mathews (Chefe, Departamento de Orçamento e Finanças, OPAS) informou que, em 31 de dezembro de 2001, a arrecadação de cotas totalizou US\$ 92,9 milhões, dos quais US\$ 54,5 milhões representaram o pagamento das cotas de 2001 e US\$ 38,4 milhões a anos anteriores. Informação detalhada sobre pagamentos de cotas pelos Estados Membros e datas de pagamento foi incluída no Anexo A do documento. Em 1º de janeiro de 2002, o total de atrasados de anos anteriores a 2002 ficou em US\$ 49,2 milhões. Os pagamentos recebidos entre 1º de janeiro e 17 de junho de 2002 totalizaram US\$ 18,6 milhões, ou 38% daquele total, reduzindo os atrasados para

US\$ 30,6 milhões, em comparação com US\$ 22,2 milhões e US\$ 22 milhões em atrasados correspondentes em 2001 e 2000, respectivamente.

A arrecadação de contribuições para 2002 totalizou US\$ 29,7 milhões em 17 de junho de 2002. Dez Estados Membros pagaram suas cotas de 2002 completamente, 5 fizeram pagamentos parciais, e 24 não fizeram nenhum pagamento. As arrecadações representaram 33% das cotas do ano corrente; as cifras correspondentes eram 32% em 2001, 27% em 2000 e 25% em 1999. Juntas, a arrecadação de atrasados e cotas do ano corrente durante 2002 totalizaram US\$ 48,3 milhões, em comparação com US\$ 61,5 milhões em 2001, US\$ 47 milhões em 2000 e US\$ 45 milhões em 1999. A informação detalhada sobre pagamentos recebidos e aplicação desses pagamentos pode ser encontrada no Anexo B do documento.

O artigo 6.B da Constituição da OPAS estipula a suspensão dos privilégios de voto se uma país estiver atrasado em uma quantia que exceda dois anos inteiros de pagamento de cotas. O 43º Conselho Diretor, na Resolução CD43.R2, pediu ao Diretor que continue a monitorar a implementação de acordos especiais de pagamento pelos Estados Membros em atraso nas cotas dos anos anteriores; informar ao Comitê Executivo se os Estados Membros estão cumprindo seus compromissos de pagamento de cota; e relatar à 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana sobre a situação da arrecadação de contribuições de cotas para 2002 e anos anteriores.

Os Estados Membros sujeitos ao artigo 6.B no presente momento eram a Argentina, Cuba, República Dominicana e Equador. A Argentina devia um total de US\$ 21,8 milhões, dos quais US\$ 9,7 milhões referentes aos anos de 1997 até 1999. Enviou um plano de pagamento adiado que foi aceito pela Secretaria em 2000; na abertura do 43º Conselho Diretor ainda não tinha efetuado pagamentos suficientes para ser considerada em dia com o plano, mas na resolução CD43.R2 o Conselho Diretor manteve o direito de voto da Argentina, indicando, porém, que nenhuma prorrogação futura seria concedida. A Argentina foi solicitada a fazer pagamentos totalizando US\$ 7.725.967 antes da abertura da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Até agora, fez pagamentos totalizando US\$ 178.655.

Cuba devia US\$ 2,0 milhões, dos quais aproximadamente US\$ 197.000 referentes a 1999. Estava cumprindo seu plano de pagamento adiado, que foi aceito pela Secretaria em 1996. A República Dominicana devia aproximadamente US\$ 550.000, dos quais cerca de US\$ 103.000 referentes a 1999. Enviou um plano de pagamento adiado que foi aprovado em 2001, secundo o qual precisava pagar uma quantia adicional de US\$ 188.060 antes do fim de 2002. O Equador devia aproximadamente US\$ 529.000, dos quais cerca de US\$ 82.000 referentes a 1999. Estava cumprindo o plano de pagamento adiado aprovado pela Secretaria, e precisava fazer pagamentos no total de US\$ 220.000 durante 2002.

O Peru não estava sujeito ao Artigo 6.B, mas de acordo com seu plano de pagamento adiado de 1999 devia pagar US\$ 200.000 por 2001 e US\$ 652.980 por 2002 até o fim de 2002.

O delegado do Canadá assinalou que a questão das contribuições de cota continuava a causar problemas financeiros para a organização. O processo de pagamento adiado ajudou países a superar seus atrasados, sem colocá-los sob grande estresse. Cada Estado Membro tinha que fazer sua parte, e o Canadá instou os Estados Membros a pagarem suas contribuições de cota em dia e totalmente.

O delegado da Argentina lembrou que seu país foi um participante muito ativo e contribuiu para as atividades da OPAS desde a sua fundação. Atualmente, seu país estava passando por uma situação econômica crítica que estava impactando todos os aspectos da vida nacional, incluindo a saúde. A Argentina estava determinada a cumprir seu compromisso com a OPAS e estava em contato com os departamentos relevantes a fim de resolver a situação.

O Diretor parabenizou aqueles países que estavam cumprindo seus planos de pagamento adiado. O fato de que os países mantiveram seus pagamentos, embora isso representasse um sacrifício em muitos casos, indica o valor que eles atribuíam à Organização.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R3 sobre esse tema.

Regulamento Financeiro da OPAS (Documento CE130/23)

Esse tema também foi apresentado pelo Sr. Mathews, que explicou que os Regulamento Financeiro da OPAS, que não mudaram desde 1991, precisavam de revisão já que não eram mais compatíveis com o Regulamento da OMS e não refletiam completamente as normas de contabilidade correntes e práticas financeiras modernas. Durante os últimos meses uma revisão abrangente do regulamento existente foi completada. As mudanças feitas pela OMS foram analisadas, e os Regulamento da OPAS reescrito com base nessa revisão e análise. O anexo 1 do documento CE130/23 comparou e resumiu cada uma das mudanças propostas e o anexo 2 continha o Regulamento Financeiro proposto.

As revisões propostas no regulamento correspondem, na medida do possível, àquelas aprovadas pela OMS durante maio de 2000 e refletem o cumprimento pela OPAS das Normas do Sistema de Contabilidade das Nações Unidas. Além disso, as mudanças propostas incluíam a reorganização de material para refletir o ciclo financeiro, reclassificação de alguns regulamentos como normas, correção de materiais errôneos e

revisão substancial que incluía a eliminação de materiais alheios e duplicados junto com o uso apropriado de termos neutros.

Chamando atenção para as explicações de todas as mudanças, localizadas no anexo 1, ele realçou algumas mudanças específicas que eram indicadoras dos tipos de revisão propostos.

A OPAS acreditava que o regulamento proposto representava uma melhora considerável em relação ao existente, pois era apresentado de forma clara e regular e refletia controles e práticas financeiras atualmente aceitas. Embora as mudanças propostas fossem um tanto extensas, os requisitos básicos do regulamento existente não foram substancialmente mudados e na medida do possível correspondiam ao Regulamento Financeiro da OMS.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R4, endossando as revisões propostas.

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001 (Documento Oficial 305) e Relatório Sobre o Fundo de Capital de Giro (Documento CE130/24)

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001

O Sr. Mathews resumiu o *Documento Oficial 305*, que continha o relatório do Diretor sobre as operações financeiras da OPAS para o período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001, a posição financeira da Organização em 31 de dezembro de 2001 e demonstrações financeiras do Centro Epidemiológico do Caribe (CAREC), Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) e Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INACP). Como de costume para um relatório bienal, o documento foi acompanhado de uma opinião do Auditor Externo.

A Demonstração de Ativos, Obrigações e Reservas e Saldos do Fundo em 31 de dezembro de 2001 e 31 de dezembro de 1999 reflete a administração prudente dos ativos financeiros da Organização durante o biênio.

Um aumento substancial na arrecadação de cotas bienais atuais resultou em um excesso de receita sobre os gastos de US\$ 4,9 milhões no Orçamento Ordinário para o biênio, antes das transferências. Os pagamentos de cotas bienais atuais alcançaram US\$ 132,1 milhões, um aumento de US\$ 7,6 milhões em relação ao biênio precedente. Os pagamentos de cotas do biênio anterior totalizaram US\$ 36,1 milhões, ou 77% do saldo pendente em 1º de janeiro de 2000. Quatro Estados Membros estavam potencialmente sujeitos ao artigo 6.B em 1º de janeiro de 2002, em comparação com sete Estados Membros em 1º de janeiro de 2000. Dos US\$ 4,9 milhões de receita excedente,

US\$ 2,8 milhões foram transferidos para o Fundo de Bens de Capital, e US\$ 2,1 milhões para o Fundo de Edifícios. O Fundo de Capital de Giro foi totalmente capitalizado em US\$ 15 milhões, dos quais a porção não onerada totalizou US\$ 12,1 milhões. Os três centros (CAREC, CFNI e INCAP) experimentaram um excesso combinado de receita sobre os gastos de US\$ 2,4 milhões para o biênio.

A receita diversa durante o biênio mais poupança ou cancelamento de obrigações de períodos anteriores totalizaram em US\$ 18 milhões, um aumento de US\$ 1 milhão em relação ao biênio anterior, e US\$ 3,9 milhões maior do que a quantia orçada.

O total de US\$ 683 milhões em gastos para 2000-2001 refletiu um aumento de US\$ 50 milhões no biênio 1998-1999. Esse aumento deve-se a um aumento de US\$ 9 milhões nos gastos do Orçamento Ordinário da Organização; um aumento de US\$ 28 milhões no Fundo Rotativo para o Programa Ampliado de Imunização; e um aumento de US\$ 9 milhões no Fundo de Edifícios. Os gastos principais da OMS eram de US\$ 77 milhões para o Orçamento Ordinário, US\$ 8 milhões para o Fundo Voluntário para a Promoção da Saúde, US\$ 3 milhões para o Fundo Imobiliário e US\$ 8 milhões para outros projetos.

A Demonstração das Dotações do Orçamento Regular para o Período Financeiro de 2000-2001 mostrou que a Organização teve um orçamento aprovado e alocado de US\$ 195 milhões, menos verbas de pessoal de US\$ 18 milhões, para um Orçamento Efetivo de US\$ 177 milhões.

O Fundo Rotativo para Aquisições de Emergência terminou 2001 completamente financiado com US\$ 125.000. O Fundo Rotativo para o Programa Ampliado de Imunização terminou o ano com um saldo positivo de US\$ 13 milhões, depois de gastos totalizando aproximadamente US\$ 214 milhões durante o biênio. Para os projetos do Fundo Fiduciário, US\$ 106 milhões foram recebidos durante o biênio. Projetos financiados por fundos fiduciários doados e implementados durante o biênio totalizaram US\$ 104 milhões.

A receita do Orçamento Ordinário do CAREC excedeu as despesas em US\$ 1 milhão, como resultado de um aumento de US\$ 1,6 milhão na arrecadação de contribuições. Ao fim do biênio, o déficit acumulado anterior do CAREC de US\$ 257.000 mudou para um saldo acumulado do Fundo de Capital de Giro de US\$ 737.000. Os gastos do CAREC contra todos os fundos totalizaram mais de US\$ 9,1 milhões. A Demonstração das Contribuições de Cota de membros mostrou saldos devidos em 31 de dezembro de 2001 de US\$ 4.2 milhões, em comparação com US\$ 5,2 milhões no final de 1999. A Demonstração dos Fundos Fiduciários do CAREC reflete um aumento de US\$ 1,2 milhão na receita e um aumento de US\$ 675.000 nos gastos. Quantias devidas de doadores totalizaram US\$ 279.000 e os fundos adiantados

totalizaram US\$ 794.000, havendo assim um saldo em dinheiro de US\$ 515.000 no Fundo Fiduciário.

O CFNI teve um excesso de receita sobre gastos de US\$ 48.000. O aumento de US\$ 310.000 na arrecadação de contribuições de cotas estimadas resultou em uma melhora de US\$ 297.000 no desempenho bienal do CFNI, comparado com o déficit bienal em 1998-1999 de US\$ 249.000. O déficit acumulado do Orçamento Ordinário do CFNI e do Fundo de Capital de Giro diminuiu para US\$ 344.000 em 31 de dezembro de 2001. A Demonstração de Contribuições de Cota mostrou que os atrasados diminuíram para US\$ 723.000, e a Demonstração do Fundo Fiduciário refletiu gastos de US\$ 204.000, um aumento de US\$ 170.000 em relação ao biênio precedente.

O INCAP teve uma receita de US\$ 1,2 milhão para seu Orçamento Ordinário, semelhante à quantia recebida no biênio precedente. Devido à cuidadosa supervisão de gastos, o Centro experimentou um excesso líquido de receita sobre gasto de US\$ 35.000. Porque o Fundo de Capital de Giro foi totalmente financiado com US\$ 1 milhão, o excesso foi transferido para o Fundo de Provisão para Substituição de Ativos Fixos. O Fundo de Dotação do INCAP auferiu US\$ 9.000 em juros durante o biênio, contribuindo para o saldo de US\$ 348.000 no Fundo. A Demonstração dos Fundos Fiduciários do INCAP mostrou uma receita de projetos de US\$ 2,1 milhões com gastos totalizando US\$ 1,6 milhão no biênio. Os saldos do Fundo Fiduciário aumentaram de US\$ 250.000 em 1º de janeiro de 2000 para US\$ 800.000 em 31 de dezembro de 2001.

O Relatório do Auditor Externo foi apresentado pelo Sr. Graham Miller em nome do Sr. John Bourn (Auditor Externo, Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido). O Sr. Miller disse que a auditoria não revelou nenhuma deficiência ou erro que, na opinião dos auditores, pudessem materialmente afetar a validade das demonstrações financeiras como um todo. Os auditores externos ficaram satisfeitos de emitir um parecer sem reservas sobre as demonstrações para o período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2001. A auditoria externa era um escrutínio informado e independente, realizada de acordo com padrões rigorosos e melhores práticas. Pode-se dizer que, considerando os eventos recentes, a objetividade e integridade do processo de auditoria eram agora importantes como nunca, principalmente em organizações responsáveis por fundos públicos ou de Estados Membros.

Como parte do trabalho de auditoria, os auditores visitaram a sede da OPAS e fizeram também visitas de auditoria a 10 escritórios nos países. Cartas relatando essas visitas foram enviadas à administração da OPAS.

Para a OPAS, o relatório de auditoria de 2000-2001 confirmou um excesso líquido de receita sobre gasto totalizando US\$ 4,9 milhões. Os resultados financeiros para

o biênio mostraram a Organização em uma posição relativamente forte, apesar de uma redução na arrecadação de contribuições estimadas de anos anteriores.

A posição financeira do CAREC melhorou, principalmente com os melhores pagamentos ao seu Fundo Fiduciário. Contudo, as cotas atrasadas continuavam a afetar a posição financeira do Centro. Os auditores externos incentivaram os Estados Membros a aderir ao cronograma para o pagamento de suas contribuições. Várias observações foram feitas em cartas relacionadas a melhoras potenciais no controle e administração financeiros. No CFNI, a taxa de arrecadação de contribuições era menor em geral do que na OPAS, apesar dos esforços do Instituto em incentivar os Estados Membros a pagar suas cotas, e isso estava tendo um efeito prejudicial na viabilidade financeira do CFNI.

O relatório da auditoria indicou que os auditores haviam executado previamente uma revisão de alto nível do quadro estratégico de planejamento, monitoração e avaliação da OPAS, que foi apresentada ao Comitê Executivo em junho de 2000. Após a recomendação dos auditores de um sistema de revisões cíclicas, a pedido do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana uma avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências Ambientais (CEPIS) foi empreendida em 2000-2001 com a participação de auditoria externa. O trabalho abordou quatro objetivos principais relacionados à eficácia e administração do centro, além de testar um modelo que poderia ser usado para avaliar os outros centros. Um relatório sobre a avaliação foi enviado ao Diretor.

Houve um relatório de auditoria separado sobre o INCAP, que assinalou o pequeno excesso líquido de receita sobre gasto. Houve um aumento adicional na proporção das contribuições de cota arrecadadas, e os sistemas de controle financeiro continuaram sólidos e eficazes.

O delegado da Jamaica indicou que a CARICOM havia solicitado há alguns anos uma avaliação do papel de várias instituições como o CFNI, o CAREC, etc., visando a determinar se seu trabalho poderia ser efetuado mais eficazmente. Parece que a falta de tal avaliação estava afetando as atitudes dos Governos para com o processo de contribuição, e era essencial assegurar que a avaliação fosse completada o mais breve possível.

O delegado do Canadá expressou sua satisfação com a opinião favorável da auditoria e a conclusão geral de que a Organização tinha uma boa base financeira. Assinalando a pressão exercida sobre uma organização quando as contribuições devidas não eram totalmente pagas no prazo, ele apelou aos Estados Membros para fazerem uma séria tentativa de assim proceder. Ele perguntou se o excesso de receita sobre gasto poderia ser usado no futuro para diminuir as contribuições dos Estados Membros.

O Diretor disse que poucas coisas eram mais importantes para a posição de uma organização do que o relatório sobre suas finanças. Se uma organização pública fosse detectada em infração ou fraude, poderia ser seriamente danificada. Os recursos da OPAS vinham dos países que eram seus membros, que fizeram grandes esforços para pagar suas contribuições. Um parecer de auditoria sem reservas não era algo emitido levianamente, e representava um claro selo de aprovação da forma com que as finanças da Organização eram administradas. A OPAS, disse ele, era fanática no seu senso de responsabilidade para com o gasto dos fundos públicos. Ademais, quando a OPAS recebeu uma carta dos auditores, levou isso muito a sério como algo que deveria começar a ser trabalhado imediatamente. Ele esperava que o Comitê Executivo compartilhasse sua satisfação com o relatório positivo dos auditores sobre a forma como os fundos da Organização estavam sendo gastos.

Era uma fonte de satisfação que pelo menos o déficit nos Fundos de Capital de Giro do CAREC e do CFNI tinha sido eliminado. Por recomendação dos auditores, alguns fundos que estavam inativos por alguns anos seriam fechados.

Ele expressou preocupação com o não pagamento das cotas de alguns Estados Membros. Sabendo que o não pagamento era normalmente mais uma questão de inabilidade do que má vontade, a OPAS era solidária com suas dificuldades, mas ela também tinha suas dificuldades. Assinalando que um número menor de países estava sujeito ao Artigo 6.B da Constituição do que em biênios anteriores, ansiava pelo tempo em que a cifra seria zero.

A possibilidade de usar receita excedente para reduzir contribuições de cota era, talvez, algo a ser estudado, mas nos seus anos como Diretor constatou que os Estados Membros não buscavam contribuições menores. Os países queriam ter certeza de que suas contribuições estavam sendo administradas propriamente, e produzindo os resultados desejados, mas não pareciam preocupados em reduzir suas contribuições.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R5 sobre esse tema.

Fundo de Capital de Giro

O Sr. Mark Mathews (Chefe, Departamento de Orçamento e Finanças, OPAS) chamou a atenção da reunião para o Documento CE130/24, sobre a situação do Fundo de Capital de Giro. O Fundo de Capital de Giro foi estabelecido conforme a Resolução II da terceira Reunião do Conselho Diretor, a ser financiado por fundos excedentes em 31 de dezembro de 1949. O propósito principal do Fundo de Capital de Giro era o de fornecer fundos necessários para financiar o Orçamento Ordinário até o recebimento de contribuições dos Estados Membros. Além disso, o Fundo também estava disponível para

atender as necessidades dos Centros da Organização até o recebimento de suas contribuições estimadas.

Em 1979, o Banco Interamericano de Desenvolvimento concordou em emprestar à Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação (FPASE) US\$ 5,0 milhões para o Programa de Livros Didáticos e Materiais de Ensino. A OPAS concordou em garantir o empréstimo e manter como reserva uma porção do saldo não onerado do Fundo de Capital de Giro. A reserva, que representava o saldo pendente do empréstimo, era de US\$ 2,9 milhões em 31 de dezembro de 2001.

Em 1993, o 37º Conselho Diretor autorizou o Diretor a aumentar o Fundo de Capital de Giro de US\$ 11,0 milhões para US\$ 15,0 milhões, para refletir o aumento no orçamento bienal. Desde então, as atividades da Organização continuaram a se expandir e o orçamento aumentou em 17%. O total de gastos da OPAS, incluindo aquisições e outras atividades extra-orçamentárias, deve alcançar US\$ 600 milhões no biênio atual, representando um aumento de mais de 80%.

Durante os últimos três biênios, a OPAS utilizou os recursos do Fundo de Capital de Giro para financiar déficits do Orçamento Ordinário, gastos extraordinários surgidos da renovação do edifício da sede, requisitos imprevistos do Fundo Rotativo para o Programa Ampliado de Imunização, assim como déficits temporários em dois dos Centros administrados pela Organização. Durante o biênio 1994–1995, o Fundo de Capital de Giro foi completamente esgotado como resultado de um julgamento desfavorável pelo Tribunal da OIT.

O orçamento bienal foi financiado por contribuições estimadas e receita diversa. Projetou-se que a receita diversa, incluindo renda de investimento, contribuiria com US\$ 16,5 milhões para o orçamento bienal de 2002-2003. Contudo, as taxas de juros caíram dramaticamente desde essas projeções e continuaram a cair para o nível mais baixo em 40 anos nos Estados Unidos. Portanto, as estimativas atuais da receita diversa projetam uma redução da quantia orçada de até US\$ 6,0 milhões.

Embora o Fundo de Capital de Giro tenha sido completamente financiado com US\$ 15 milhões, o saldo não comprometido era de US\$ 12,1 milhões, ou menos de dois meses de gasto, depois de levar em conta a reserva para o empréstimo da FPASE. Devido aos riscos financeiros inerentes no ambiente econômico e político atual, um aumento de US\$ 8,0 milhões na capitalização máxima do Fundo de Capital de Giro foi solicitado. Com US\$ 23,0 milhões, o Fundo de Capital de Giro equivaleria a cerca de três meses de gastos correntes. O aumento poderia ser financiado com a arrecadação de contribuições atrasadas durante o biênio atual e o futuro.

O delegado do Canadá perguntou se o pagamento imediato das contribuições de cota iria diminuir a necessidade de um aumento no Fundo de Capital de Giro. A delegada dos Estados Unidos pediu mais informação sobre o saldo do Fundo de Capital de Giro no período 1994–1995. Ela indicou que a OPAS tinha outros fundos especializados para lidar com gastos extraordinários ou imprevistos, como o Fundo de Construção. A posição dos Estados Unidos era de que os fundos do capital de giro das organizações internacionais não deveriam passar de 8,3% de seus orçamentos anuais, equivalente a um mês de gastos operacionais. A meta de 8,3% foi endossada pela Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas para as agências do sistema das Nações Unidas. Já que o Fundo de Capital de Giro da OPAS estava perto de duplicar esse nível, os Estados Unidos não podiam apoiar a proposta de aumento. Ela sugeriu que essa questão fosse reexaminada em um ano, pois parece que nenhum gasto realmente grande estava previsto para o próximo ano.

O Sr. Mathews respondeu que o pagamento imediato das contribuições de cota diminuiria a necessidade de um aumento no Fundo de Capital de Giro, mas não a eliminaria. Em junho de 2002, os atrasados para a Organização totalizaram US\$ 91 milhões. Ele lembrou que o saldo do Fundo de Capital de Giro era de US\$ 156,000 no final do biênio 1994–1995, US\$ 6,8 milhões no final de 1996–1997, e US\$ 15 milhões no final de 1998–1999 e 2000–2001. A meta dos gastos operacionais de um mês como nível para um fundo de capital de giro foi proposta por um inspetor em um Relatório da Unidade de Inspeção Conjunta de 1989. Esse relatório declarou também que a avaliação dos níveis desejáveis de um fundo de capital de giro deveria levar em conta vários fatores, incluindo o objetivo do fundo, outros tipos de reserva como fundos especiais para flutuações cambiais, e capacidade de endividamento. A OPAS não tinha essas outras reservas, nem tinha capacidade de endividamento interno. Um Fundo de Capital de Giro de US\$ 23 milhões representaria 12% do Orçamento Ordinário da OPAS, mas somente 8% do orçamento conjunto da OPAS/OMS. Outras organizações das Nações Unidas tinham níveis de capital de giro equivalentes a 9% a 13% de seus orçamentos.

O Dr. Alleyne lembrou que no biênio 1994–1995, quando ele se tornou Diretor, o julgamento desfavorável pelo Tribunal da OIT, junto com outros gastos imprevistos, forçou a OPAS a cortar pessoal e programas. A Organização conseguiu se manter, mas quase esvaziou o Fundo de Capital de Giro. Ele assegurou ao Comitê Executivo que tal situação não ocorreria nunca mais. Graças à cuidadosa administração através dos anos, o Fundo de Capital de Giro foi restaurado, mais era necessária uma maior proteção.

Era verdade que algumas outras organizações tinham menores fundos de capital de giro, mas essas organizações diferiam da OPAS por terem a capacidade de endividamento interno, o que ele não considera uma boa prática administrativa. Um fundo equivalente aos gastos operacionais de três meses não era uma quantia

enorme; era uma proteção razoável contra a incerteza. Ter um Fundo de Capital de Giro adequado era uma questão de prudência, já que ninguém podia prever o futuro em termos de estabilidade financeira. No ano passado, por exemplo, as taxas de juros caíram, tendo um efeito devastador na receita projetada da Organização. Quando o Comitê Executivo se reunisse em junho de 2003, as razões para ter uma reserva maior seriam, sem dúvida, mais convincentes. Nesse ínterim, a Secretaria forneceria aos Estados Membros mais informação sobre o que aconteceu quando a Organização esteve perto do limite financeiro.

O Comitê Executivo decidiu reexaminar a questão do Fundo de Capital de Giro em sua 132ª Reunião em 2003 (Decisão CE130(D5)).

Edifícios e Instalações da OPAS (Documento CE130/25, Rev. 1)

O Dr. Richard Marks (Chefe, Departamento de Serviços Gerais, OPAS) informou que o projeto de renovação do edifício da sede da OPAS foi completado essencialmente no prazo e um pouco abaixo do orçamento de US\$ 13 milhões. O edifício foi modernizado, virtualmente todos os materiais que continham asbesto foram removidos, e uma série de modificações foi feita para colocar o edifício em conformidade com as leis do Estados Unidos sobre o acesso de pessoas com deficiências. Novas instalações de trabalho ergonomicamente desenhadas e amenidades, como áreas de café e salas de conferência, melhoraram as condições de trabalho para o pessoal. Com a conclusão do projeto, o Fundo de Construção retornaria ao seu nível normal de US\$ 500.000.

A Secretaria estava agora solicitando a aprovação pelo Comitê de um novo projeto a ser financiado pelo Fundo de Construção. Esse projeto consertaria e trocava partes do piso de concreto no porão e no subporão, que foram danificados por água e estavam mostrando sinais de desgaste. A quantia solicitada para o projeto era de US\$ 220.000.

O Comitê adotou a Resolução CE130.R11, aprovando o projeto proposto.

Assuntos Referentes ao Pessoal

Emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CE130/26)

O Sr. Philip MacMillan (Chefe, Departamento de Pessoal, OPAS) resumiu as emendas que foram feitas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana desde a 128ª Reunião do Comitê em 2001. Essas emendas eram coerentes com as revisões já aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS nas suas 108ª e

109ª reuniões. A resolução CE59.R19, aprovada pelo Comitê Executivo na sua 59ª Reunião em 1968, solicitou ao Diretor que introduzisse qualquer mudança necessária para manter uma similaridade entre o Regulamento do Pessoal da RSPA e o da OMS.

O artigo 330.2 ajustou a escala salarial para pessoal nas categorias profissional e de grau superior, com base na fórmula “sem ganho nem perda”, de acordo com os ajustes aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Como resultado dessa mudança, os salários do Diretor Adjunto, Subdiretor e Diretor também foram modificados. O Comitê Executivo foi solicitado a aprovar os reajustes salariais resultantes para os cargos de Diretor Adjunto e Subdiretor e recomendar que a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove a revisão aplicável ao salário do Diretor.

O artigo 110.7 esclareceu os requisitos relacionados à divulgação de interesses do pessoal que podem entrar em conflito com os da Organização. Os artigos 350.1 e 350.2 referem-se a custos de internato para dependentes de pessoal recrutado internacionalmente que tinham o direito a subsídio de educação. O artigo 530 trata da supervisão do pessoal e avaliação do desempenho e foi emendado para refletir a introdução do novo sistema de planejamento e avaliação do desempenho da OPAS.

As emendas restantes ao Regulamento do Pessoal se referem a mudanças em arranjos contratuais aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2002. Essas mudanças poderiam ser divididas em três categorias gerais. Uma categoria referente à interrupção de nomeações para serviços de carreira e o estabelecimento de três tipos de contrato: nomeações temporárias (11 meses ou meses), nomeações a prazo fixo (1–5 anos), nomeações para serviço (sem limite fixo de tempo, mas a nomeação só continuaria se as funções forem necessárias e o desempenho do membro do funcionário for satisfatório). Uma segunda categoria inclui mudanças na duração das nomeações temporárias e benefícios para pessoal contratado com nomeação a prazo fixo. A terceira categoria tem a ver com procedimentos de separação para pessoal cujos cargos foram eliminados.

O documento CE130/26 contém o texto das emendas ao Regulamento do Pessoal, junto com uma explicação mais detalhada de cada mudança. O Comitê Executivo foi solicitado a confirmar essas emendas.

A delegada dos Estados Unidos da América assinalou que, embora algumas das mudanças fossem construtivas porque priorizavam o mérito e desempenho, algumas teriam implicações de custo. Sua delegação estava ciente de que era política da OPAS emendar o Regulamento do Pessoal para colocá-lo de acordo com as mudanças aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS; contudo, a critério do Diretor, a OPAS poderia optar por não implementar algumas das mudanças. Em todo caso, os Estados

Unidos esperam que a Secretaria aplique as emendas cuidadosamente para assegurar que não adicionem um novo encargo financeiro.

O Sr. MacMillan assegurou ao Comitê que a Secretaria velaria por que o Regulamento do Pessoal seja propriamente interpretado e aplicado, evitando qualquer aumento de custo importante. Em geral, acreditava que as mudanças eram positivas, justamente porque enfatizam o desempenho e asseguram o alto nível de trabalho esperado pelos Estados Membros da Organização.

O Comitê aprovou a Resolução CE130.R12, confirmando as emendas ao Regulamento do Pessoal, estabelecendo os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor, e recomendando que a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana confirme o reajuste salarial do Diretor.

Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA (Documento CE130/27)

A Sra. Brenda Simons Gilliam (Presidente, Associação de Pessoal da RSPA) agradeceu ao Comitê por permitir que a Associação do Pessoal apresentasse algumas de suas preocupações em relação às mudanças no Regulamento de Pessoal e outros assuntos que afetam as condições de trabalho do pessoal da Organização. Algumas das mudanças no Regulamento do Pessoal eram boas. A extensão da cobertura da assistência de saúde para pessoal temporário era particularmente bem-vinda. Certamente, não poderia haver justificção para uma organização de saúde não fornecer seguro de saúde para todos os seus funcionários.

Contudo, a Associação de Pessoal protestou energicamente contra outras mudanças. Por exemplo, a mudança no procedimento de eliminação de cargos e redução na força (RNF) diminuiria muito a segurança de emprego do pessoal. Para proteger os direitos adquiridos do pessoal atual, a Associação acha que o procedimento não deveria ser mudado ou, se as emendas aprovadas pela OMS fossem aprovadas, o novo procedimento deveria ser aplicado somente ao pessoal contratado depois da data efetiva da mudança. Ademais, a Associação estava preocupada com o fato de que as tarefas realizadas por funcionários cujos cargos foram eliminados podem ser atribuídas ao pessoal que já estava sobrecarregado. A Associação quis enfatizar que os cargos deveriam ser eliminados somente se as funções correspondentes não fossem mais necessárias.

A Associação de Pessoal estava preocupada também com o impacto que as mudanças no artigo 530 poderiam ter no sistema de avaliação de desempenho da OPAS, que foi elaborado com a participação do pessoal e feito especialmente para as necessidades da OPAS. A Associação instou a Secretaria a adotar somente os aspectos do

sistema de avaliação de desempenho OMS que respondessem às necessidades da OPAS e seu pessoal.

A Associação de Pessoal continuou a afirmar que qualquer reforma de recursos humanos introduzida dentro da OMS e da OPAS deveria ser produto de um processo de barganha coletiva que incluísse negociação de boa fé entre o pessoal e a administração. A Associação, conseqüentemente, propôs que um comitê conjunto pessoal-administração fosse designado dentro da OPAS para estudar a questão e formular a proposta a ser apresentada na próxima reunião do Conselho Global de Gestão do Pessoal da OMS.

Adicionalmente, a Associação de Pessoal estava preocupada com o problema de assédio, que existia na OPAS em graus variados. Era necessária uma política como a implementada na OMS, bem como treinamento para pessoal supervisor e não-supervisor sobre o que consistia assédio e como lidar com ele. A segurança para o pessoal nos países era outro assunto que precisava ser examinado. A Associação de Pessoal considera que, quando os escritórios nos países eram deslocados, a segurança do pessoal deveria ser uma consideração suprema, já que os recursos humanos da Organização eram o recurso mais importante. A Associação solicitou também o desenvolvimento de um plano de segurança para proteger pessoal recrutado no país e suas famílias no caso de desastres naturais, conflito político ou outras condições perigosas.

Outras questões preocupantes incluíam oportunidades de desenvolvimento de carreira para pessoal e desgaste de pensões para pessoal de serviços gerais devido à desvalorização da moeda. A Associação de Pessoal mantinha uma relação amigável e cortês com a Administração e ansiava por um diálogo contínuo para abordar essas e outras questões levantadas no documento CE130/27.

Na discussão que se seguiu, vários delegados indicaram que, idealmente, o Comitê teria ouvido a declaração do representante da Associação de Pessoal antes de ser solicitado a considerar as emendas ao Regulamento do Pessoal. Dado que a resolução confirmando essas emendas já havia sido aprovada, havia pouco para o Comitê fazer em relação às questões mencionadas na apresentação. O Comitê indicou também que alguns dos problemas citados pela Sra. Simons Gilliam — particularmente o do assédio — não foram discutidos no documento e sugeriu que os documentos futuros deveriam incluir todos os assuntos que a Associação de Pessoal queria que o Comitê considerasse.

A delegada da Jamaica assinalou que seu país foi mencionado com um dos países em que o escritório da OPAS foi transferido. O escritório ocupava agora o mesmo prédio do Ministério da Saúde. Já que o edifício possuía serviços de segurança 24 horas e o acesso era totalmente controlado, ela tinha certeza de que o pessoal da OPAS estava protegido adequadamente.

Em resposta, a Sra. Simons Gilliam disse ser costume o representante da Associação de Pessoal se dirigir ao Comitê após o Chefe de Pessoal. Ela não sabia, contudo, que o Comitê já tinha aprovado a resolução sobre o Regulamento do Pessoal antes de sua apresentação. Quanto à questão do assédio, não foi incluído no Documento CE130/27 porque a Associação de Pessoal solicitou que ela mencionasse isso na sua declaração depois que o documento tinha sido impresso.

O Diretor disse que simplesmente não tinha passado por sua cabeça reverter a ordem tradicional dos itens na agenda do Comitê e colocar o representante da Associação de Pessoal precedendo o Chefe de Pessoal. Contudo, mesmo se ela tivesse falado antes, teria sido impossível consentir em alguns dos pedidos da Associação. As emendas ao Regulamento do Pessoal haviam sido aprovadas pelo Conselho Executivo da OMS, e a OPAS não tinha opção senão implementá-las, já que alguns cargos eram financiados pela OMS. Não era administrativamente factível aplicar diferentes regulamentos para os cargos financiados pela OPAS. Com respeito às preocupações da Associação de Pessoal sobre a eliminação de cargos, ele prometeu que os cargos só seriam eliminados se as funções não fossem mais necessárias. A eliminação de cargos jamais seria usada como meio de lidar com desempenho insatisfatório do pessoal, que era uma questão totalmente separada.

Quanto à avaliação do desempenho do pessoal, a OPAS não aprovaria automaticamente todos os aspectos do sistema da OMS. Em muitos aspectos, o sistema de avaliação do desempenho da OPAS era mais avançado, e, de fato, a OMS copiou muitos dos pontos principais do sistema da OPAS. O sistema era baseado no acordo entre supervisores e supervisionados sobre as tarefas a serem desempenhadas. A avaliação não era uma crítica, nem tinha a intenção de ser um mecanismo para castigar o pessoal. Foi elaborada para revelar se uma pessoa tinha executado suas tarefas conforme o acordado.

Em relação à segurança do pessoal, ele assegurou ao Comitê que a OPAS prestava muito atenção à segurança do pessoal nos países, e quase cada mudança para novas instalações era feita precisamente para melhorar as condições de segurança e trabalho para o pessoal. Quanto à segurança do pessoal nacional, a OPAS era obrigada a seguir o manual de segurança das Nações Unidas. Todavia, porque a Organização estava muito preocupada com a segurança e o bem-estar de todo seu pessoal, em alguns casos colocou em prática procedimentos que iam além das regulamentações das Nações Unidas, como o transporte para pessoal recrutado nacionalmente. Ele realmente não acreditava que o pessoal nacional estava em qualquer desvantagem em relação a outro pessoal em termos de proteção da segurança.

Quanto à questão do assédio, ele não queria que o Comitê ficasse com a impressão de que o assédio era um problema importante na OPAS. Mesmo assim, uma política sobre o assunto estava sendo discutida com a Associação de Pessoal, e uma

política sobre assédio sexual já havia sido aprovada há muitos anos. Em relação ao desenvolvimento de carreira, embora a OPAS não tivesse uma “carreira” em si, fornecia oportunidades de desenvolvimento de carreira que habilitaram vários funcionários a progredir dentro da Organização. Ele era um forte proponente do programa de desenvolvimento do pessoal da OPAS, embora alguns funcionários que se beneficiaram com o programa possam deixar a Organização porque as possibilidades de avanço na carreira eram necessariamente limitadas.

Por causa das condições de serviço no sistema das Nações Unidas, a OPAS não poderia considerar a adoção do tipo de sistema de barganha coletiva normal utilizado no setor privado. Contudo, ele ficaria feliz em formar um comitê para examinar as experiências da OIT com barganha coletiva e avaliar se seria vantajoso para a OPAS desenvolver um sistema similar. Ele já tinha dito que sempre defenderia os direitos de livre associação e o direito de os funcionários expressarem seus pontos de vista, desde que a relação entre ele e a Associação de Pessoal fosse caracterizada por respeito mútuo e entendimento. Ele estava satisfeito com o fato de que isso aconteceu durante os oito anos de sua diretoria.

O Comitê Executivo agradeceu ao pessoal da Organização por seu trabalho e dedicação e expressou a convicção de que a boa vontade que existia nos dois lados capacitaria a Associação de Pessoal e a Administração a chegar a uma resolução satisfatória para as questões levantadas na apresentação. O Comitê tomou nota do relatório, mas não considerou necessário aprovar uma resolução sobre esse tema (Decisão CE130(D7)).

Assuntos de Informação Geral

Resoluções e Outras Ações da 55ª Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS (Documento CE130/28)

O Subdiretor resumiu aspectos importantes de 19 resoluções aprovadas pela 55ª Assembléia Mundial (maio de 2002) que a Secretaria considerou serem de particular relevância para a Região das Américas.

A primeira resolução aprovada pela Assembléia parabenizou a OPAS no seu centenário. O Dr. Brandling-Bennett chamou a atenção do Comitê para as resoluções que lidavam com saúde mental (respondendo ao apelo para ação); saúde e desenvolvimento sustentável; a contribuição da OMS ao acompanhamento da reunião especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; proteção de missões médicas durante conflito armado; acesso a medicamentos essenciais; erradicação da varíola (destruição dos estoques de *Variola*); resposta global da saúde pública à ocorrência

natural, liberação acidental ou uso deliberado de agentes químicos ou materiais radionucleares que afetam a saúde; prevenção e controle da dengue e da dengue hemorrágica; qualidade de assistência (segurança do paciente); contribuição da OMS para a consecução das metas de desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas; dieta, atividade física e saúde; nutrição infantil; relatório financeiro sobre as contas da OMS para 2000-2001; membros em atraso numa quantia que justificaria a invocação do Artigo 7 da Constituição; atrasos no pagamento de contribuições (República Dominicana); salários de pessoal em cargos sem classificação e do Diretor Geral; emendas ao Regulamento do Pessoal; e a necessidade de uma maior representação de países em desenvolvimento na Secretaria e em Painéis de Especialistas e Comitês Assessores.

Ademais, informou que o Programa Nacional de Atenção Odontológica Integral para Trabalhadoras de Recursos Escassos do Chile ganhou o Prêmio Sasakawa de Saúde. Ele apresentou as felicitações da OPAS ao programa. Os Estados Unidos da América foram eleitos para designar um membro do Conselho Executivo, que teve sua 110ª Reunião imediatamente após a Assembléia. A Dra. Clarice Modeste-Curwen, Ministra da Saúde de Granada, foi eleita Vice-Presidente do Conselho Executivo.

O Comitê tomou nota do relatório, mas não considerou necessário aprovar uma resolução sobre esse tema (Decisão CD130 (D8)).

Assuntos Diversos

O delegado de El Salvador chamou a atenção para a seriedade crescente da situação da dengue nesse país: 7.400 casos foram diagnosticados e 7 crianças morreram da doença. Ele pediu apoio contínuo da OPAS e instou os países da sub-região da América Central a unir forças no combate à doença, de acordo com a Resolução CD43.R4, aprovada no ano anterior pelo Conselho Diretor, que pedia uma resposta coordenada.

O Diretor disse que a OPAS faria todo o possível para incentivar uma abordagem regional para a dengue, que era inquestionavelmente um problema que transcende fronteiras nacionais. A Organização advogou uma abordagem intersetorial que enfatizava a promoção da saúde, educação de saúde e comunicação, e participação da comunidade objetivando o controle do vetor, *Aedes aegypti*, a fim de prevenir a ocorrência de epidemias, em vez de reagir a elas depois de ocorridas. Para isso, a Secretaria recentemente contratou um funcionário com perícia em comunicações e, após o Conselho Diretor em 2001, escreveu aos ministros da saúde de todos os Estados Membros, incentivando-os a se unir aos ministros da educação na luta contra a dengue.

Entrega do Prêmio pela Sociedade Mundial de Veterinária e Epidemiologia

O Presidente apresentou o Dr. James H. Steele, que entregou um prêmio ao Dr. George Alleyne em nome da Sociedade Mundial de Veterinária e Epidemiologia. O Dr. Steele é um Médico Veterinário com mestrado em Saúde Pública. Ele gozou de uma longa e distinta carreira na saúde pública veterinária. Dentre suas muitas realizações, ele estabeleceu a Divisão de Saúde Pública Veterinária dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e ajudou a lançar atividades de saúde pública veterinária dentro da OMS e da FAO. O Dr. Steele continuou a servir como consultor de várias agências nacionais e internacionais, incluindo a OPAS e a OMS. No momento, é professor emérito na Escola de Saúde Pública da Universidade do Texas e trabalha como consultor para o Instituto de Ciência e Engenharia de Alimentos na Universidade A & M do Texas, onde seu trabalho se concentra em higiene da indústria alimentícia e controle de doenças transmitidas pelos alimentos.

O Dr. Steele lembrou que seu primeiro contato com a OPAS aconteceu em 1945, quando foi solicitado a avaliar alguns problemas de saúde pública veterinária no Caribe. Naquela época, ele recomendou que a Organização estabelecesse um programa de saúde pública veterinária, e foi certamente gratificante ver que, quase 50 anos depois, aquele programa estava prosperando. Continuando com a tradição iniciada pelo Dr. Fred Soper, Sir George Alleyne ajudou a transformar o programa da OPAS em um modelo para o mundo em colaboração internacional entre agricultura e saúde pública e entre veterinária e medicina humana. A Sociedade Mundial de Veterinária e Epidemiologia homenageou-o criando o Prêmio James H. Steele, e ele ficou imensamente satisfeito de oferecer o prêmio ao Dr. Alleyne por seu valioso serviço e contribuição para o progresso da saúde pública veterinária.

O Diretor ficou profundamente honrado ao receber o prêmio pessoalmente do Dr. Steele, que era um ícone da saúde pública e uma verdadeira lenda no seu tempo e para sempre. Ele aceitou o prêmio não só no seu nome, mas em nome de todos os profissionais dedicados da OPAS e de outros lugares na Região que trabalharam no campo da saúde pública veterinária. O Dr. Steele representa a alma do trabalho intersetorial. Se aqueles que seguem seus passos realizarem uma fração do que ele realizou para assegurar a indivisibilidade da medicina veterinária e humana, podem se sentir muito orgulhosos. Em nome de toda a Organização Pan-Americana, ele quis agradecer ao Dr. Steele pela inestimável contribuição que deu aos povos das Américas através de sua dedicação à saúde pública veterinária.

Encerramento da Sessão

O Diretor agradeceu aos Membros e Observadores sua participação ativa e atenção ao trabalho do Comitê. Expressou, também, seu agradecimento ao Presidente pela maneira habilidosa em que dirigiu a sessão. A eficiência do Dr. Ramsammy permitiu que o Comitê fizesse muita coisa em poucos dias. O Comitê podia sentir-se orgulhoso das resoluções preparadas. Sua atenção aos detalhes e o consenso obtido em relação às resoluções facilitariam muito o trabalho da Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro.

O Presidente afirmou que para a Guiana havia sido uma honra e um privilégio presidir o Comitê Executivo. Assinalou que a sessão tinha sido muito produtiva e agradeceu aos participantes as contribuições construtivas às deliberações do Comitê. Expressou gratidão ao Diretor, Vice-Diretor e todos os funcionários da OPAS que proporcionaram apoio às reuniões e declarou encerrada a 130ª Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e Decisões

Seguem-se as resoluções aprovadas e as decisões tomadas pelo Comitê Executivo em sua 130ª Sessão.

Resoluções

CE130.R1 Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007 (Documento CE130/12), e

Tomando nota com satisfação das mudanças verificadas no processo de planejamento e, como resultado, a atenção especial que se presta a questões institucionais decisivas para obter as prioridades da cooperação técnica,

Previendo que a Repartição levará em conta as observações do Comitê Executivo ao ultimar o Plano,

RESOLVE:

Recomendar à Conferência Sanitária Pan-Americana que aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Havendo examinado o Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007 (Documento CSP26/10);

Consciente de que é função constitucional da Conferência Sanitária Pan-Americana determinar as políticas gerais da Organização, e

Reconhecendo a necessidade que tem a Repartição de canalizar seus esforços e recursos para as prioridades regionais coletivas de saúde, ajudando a fazer com que todos os povos da Região gozem de uma saúde ótima,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007.
2. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) Leve em conta o Plano Estratégico e os recursos humanos que serão necessários para executá-lo ao preparar o orçamento bienal por programas para o exercício econômico 2003-2007;
 - (b) vigie e avalie o grau com que são atingidos os objetivos do Plano Estratégico;
 - (c) distribua amplamente o Documento "Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007".

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R2 *Anteprojeto de Orçamento por Programas da Organização Mundial da Saúde para a Região das Américas para o Exercício Econômico 2004-2005*

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o Documento CE130/8, que contém uma solicitação à Organização Mundial da Saúde de um montante de US\$ 72.491.000, sem aumento de custos, para a Região das Américas para o exercício econômico 2004-2005,

RESOLVE:

Recomendar que a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Reunião do Comitê Regional da OMS para as Américas, aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o Documento CSP26/6 e a solicitação à Organização Mundial da Saúde de um montante de US\$ 72.491.000, sem aumento de custos, para a Região das Américas para o exercício econômico 2004-2005, e

Tomando nota da recomendação do Comitê Executivo,

RESOLVE:

Solicitar ao Diretor que transmita ao Diretor Geral da OMS a solicitação de um montante de \$72.491.000, sem aumento de custos, para a Região das Américas para o exercício econômico 2004-2005, para que seja submetida à consideração do Conselho Executivo da OMS e da Assembléia Mundial da Saúde em 2003.

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R3 *Arrecadação das Quotas*

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Diretor sobre a arrecadação das quotas (Documento CE130/22 e Add. I), assim como o Relatório relativo aos Estados Membros atrasados no pagamento das quotas a ponto de poderem estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Levando em conta as disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS relativas à suspensão dos direitos de voto dos Estados Membros que não cumpram suas obrigações financeiras, e da possível aplicação dessas disposições aos Estados Membros que não cumpram o plano aprovado de pagamentos diferidos; e

Observando com inquietação que 24 Estados Membros não efetuaram nenhum pagamento de suas contribuições assinaladas para 2002 e que as quantias arrecadadas correspondentes às contribuições de 2002 representam somente 33% do total das quotas assinaladas para o ano em curso,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório do Diretor sobre a arrecadação das quotas (Documento CE130/22 e Add. I).
2. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram pagamentos correspondentes a 2002 e instar os demais Estados Membros a que paguem suas quotas pendentes o mais rápido possível.
3. Recomendar à 26^a Conferência Sanitária Pan-Americana que as restrições ao direito de voto estipuladas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS sejam aplicadas rigorosamente aos Estados Membros que, na data da abertura desta sessão, não tenham efetuado pagamentos suficientes destinados a cumprir seus compromissos relativos às quotas, e aos que não efetuaram os pagamentos previstos conforme seus planos de pagamentos diferidos.
4. Solicitar ao Diretor que continue informando aos Estados Membros sobre o saldo pendente e que informe à 26^a Conferência Sanitária Pan-Americana sobre o estado da arrecadação das quotas.

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R4 Regulamento Financeiro da OPAS

Proposta de Modificação do Regulamento Financeiro

A 130^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o relatório do Diretor sobre a proposta de modificação do Regulamento Financeiro que figura no Documento CE130/23, e

Considerando que a modificação dará maior conformidade com o Regulamento Financeiro da Organização Mundial da Saúde aprovado pela Assembléia Mundial da Saúde (Resolução WHA53.6) e adaptará o Regulamento Financeiro da OPAS ao adequado cumprimento das normas de contabilidade do sistema das Nações Unidas,

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo estudado a recomendação do Comitê Executivo e a proposta de modificação do Regulamento Financeiro que figura no Anexo 2 do Documento CSP26/19, e

Considerando que a modificação do Regulamento proporcionará, na medida em que for prático e possível, maior conformidade entre o Regulamento Financeiro da Organização Mundial da Saúde e o da Organização Pan-Americana da Saúde, e adaptará o Regulamento Financeiro da OPAS ao adequado cumprimento das normas de contabilidade do sistema das Nações Unidas,

RESOLVE:

Aprovar as modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde que figuram no Anexo 2 do Documento CSP26/19.

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R5 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo Correspondentes a 2000-2001

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Relatório Financeiro do Diretor e o Relatório do Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*),

RESOLVE:

1. Transmitir o Relatório Financeiro do Diretor e o Relatório do Auditor Externo para 2000-2001 (*Documento Oficial 305*) à 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

2. Assinalar que os demonstrativos financeiros para o biênio 2000-2001 são apresentados conforme as Normas de Contabilidade do Sistema das Nações Unidas, o que traz como conseqüência uma melhora na inclusão de dados e na clareza dos demonstrativos.
3. Elogiar a Organização por seu empenho em vigiar e fortalecer a situação financeira do Centro de Epidemiologia do Caribe, Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe e Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, com inclusão de fontes adicionais de apoio e alentadores esforços conjuntos para elaborar e implantar estratégias dirigidas para melhorar essa situação financeira.
4. Felicitar o Diretor por seus esforços frutíferos para manter a Organização em uma situação financeira sólida.

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R6 Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) nas Américas

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo visto o Documento CE130/9 sobre a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas,

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Recordando a Resolução CD32.R12, na qual se solicita ao Diretor que facilite relatórios anuais sobre a situação do HIV/AIDS na Região;

Visto o Documento CSP26/7 sobre a síndrome de imunodeficiência adquirida nas Américas;

Reconhecendo que a epidemia de HIV/AIDS constitui uma emergência mundial e regional com efeitos de longo alcance, cujo impacto nos países das Américas pode e deve ser reduzido mediante um incremento nos esforços políticos, técnicos e financeiros, e

Consciente das oportunidades que, para fortalecer as respostas nacionais contra a epidemia, oferecem as metas da Declaração do 26º período extraordinário de reuniões da

Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (junho de 2001); o estabelecimento do Fundo Mundial para AIDS, tuberculose e malária; a agenda compartilhada da Organização Pan-Americana da Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento e Banco Mundial; os avanços no desenvolvimento de planos e alianças estratégicas sub-regionais e entre países, e o rápido progresso das iniciativas da OMS e da UNAIDS sobre o acesso acelerado aos medicamentos antirretrovirais nos países da Região, assim como a Estratégia Mundial para o Setor Saúde da OMS,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros para que:

- (a) realizem os maiores esforços para cumprir com as metas da Declaração das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, sobretudo no que diz respeito à prevenção da infecção com HIV; a atenção, apoio e tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS e a redução do estigma e exclusão social associados com a epidemia;
- (b) continuem promovendo e facilitando a cooperação sub-regional e entre países, estabelecendo alianças estratégicas que utilizem as instâncias técnicas e financeiras e os foros econômicos e políticos idôneos que possam ampliar a resposta nacional e regional à epidemia de HIV/AIDS/DST nas Américas; e
- (c) explorem as opções nacionais e regionais para reduzir os custos dos medicamentos antirretrovirais e outros artigos de saúde pública relacionados com a luta contra o HIV/AIDS.

2. Solicitar ao Diretor que:

- (a) fortaleça a capacidade e resposta institucionais contra os desafios colocados pela epidemia de HIV/AIDS nas Américas, especificamente no que diz respeito às áreas de prevenção da infecção com VIH e DST e a atenção e tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS;
- (b) desenvolva um quadro estratégico regional que apóie e fortaleça a cooperação técnica com os Estados Membros e o melhor aproveitamento de novas oportunidades mundiais e regionais, como o Fundo Mundial sobre AIDS, Tuberculose e Malária; a iniciativa de acesso acelerado aos medicamentos antirretrovirais; a Estratégia Mundial do Setor de Saúde e a colaboração sub-regional e entre países, no âmbito da colaboração interinstitucional promovida pela Organização das Nações Unidas.

3. Agradecer ao Diretor pelos completos relatórios anuais sobre a situação da AIDS nas Américas que vem apresentando conforme a Resolução CD32.R12 adotada pelo Conselho Diretor em 1987, e pedir-lhe que no futuro informe aos Órgãos Diretores somente quando surjam novidades importantes sobre a situação da infecção pelo HIV/AIDS na Região, incluídos os métodos de prevenção e controle.

(Quinta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130.R7 Vacinas e Imunização

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o relatório de progresso do Diretor sobre Vacinas e Imunização (Documento CE130/10),

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório do Diretor sobre vacinas e imunização (Documento CSP26/8) e tomando nota da liderança da Região nessa área, assim como a contribuição decisiva da imunização ao progresso das iniciativas de sobrevivência infantil;

Reconhecendo os avanços que estão sendo obtidos nas Américas com respeito à interrupção da transmissão autóctone do vírus do sarampo, mas consciente de que a Região está sob ameaça constante das importações, as quais podem ocasionar focos extensos de sarampo se os níveis de cobertura de vacinação forem insuficientes;

Tomando nota do compromisso notável das autoridades sanitárias e dos governos da Ilha Hispaniola para controlar com êxito o foco de poliomielite causado pelo vírus do tipo 1 derivado da vacina de Sabin e o surto de sarampo notificado em 2001;

Reconhecendo a necessidade de obter uma cobertura de vacinação uniforme em todos os municípios e de melhorar a qualidade dos dados de vacinação e de vigilância;

Considerando os avanços importantes que os Estados Membros estão obtendo na aceleração do controle da rubéola e prevenção da síndrome da rubéola congênita, a fim de obter uma diminuição mais rápida dos casos desta doença e de crianças nascidas com essa síndrome;

Observando que, embora a transmissão da febre amarela nas zonas onde a doença é enzoótica tenha diminuído recentemente como resultado da vacinação intensiva, há indícios de circulação do vírus em zonas onde não há enzootia e de uma distribuição generalizada de *Aedes aegypti*, o vetor urbano da doença, e

Consciente do uso potencial do vírus da varíola como arma de bioterrorismo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) destinam recursos suficientes para financiar todos os aspectos dos programas nacionais de vacinação, a fim de assegurar a obtenção sustentável de uma cobertura de pelo menos 95% com todos os antígenos em todos os municípios, a consecução da meta da interrupção da transmissão autóctone do sarampo, a manutenção da erradicação da poliomielite e a inclusão de novas vacinas e iniciativas importantes de saúde pública;
 - (b) efetuem iniciativas de controle acelerado da rubéola e prevenção da síndrome da rubéola congênita e continuem melhorando a vigilância epidemiológica de ambas, assim como o diagnóstico de laboratório e os procedimentos de investigação;
 - (c) permaneçam atentos à situação da febre amarela, usando sistemas de vigilância sensíveis, especialmente em zonas enzoóticas e infestadas com *Aedes aegypti*, e a manter altas coberturas de vacinação em zonas de alto risco para prevenir a ocorrência de casos selváticos e a urbanização da doença;
 - (d) fortaleçam as autoridades nacionais reguladoras e os laboratórios nacionais de controle para que os programas nacionais de vacinação e o setor privado usem vacinas de boa qualidade, importadas ou de produção local e aprovadas pelas autoridades competentes;
 - (e) considerem que qualquer foco de varíola é uma ameaça para a Região e o mundo, para que notifiquem com prontidão qualquer caso suspeito que possa ocorrer, e estejam preparados para proporcionar a assistência de urgência necessária, inclusive vacinas, com o fim de conter o foco com a maior prontidão possível.

2. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) advogue pela mobilização ativa de recursos nacionais e internacionais para alcançar a meta da interrupção da transmissão autóctone do sarampo;
 - (b) incentive a colaboração entre os países americanos produtores de vacinas, com o fim de apoiar o desenvolvimento conjunto de vacinas;
 - (c) explore, junto com o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e outros sócios, mecanismos de financiamento que complementem o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS, com o fim de assegurar a provisão ininterrupta de vacinas aos Estados Membros.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R8 Atensão Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI)

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o Documento CE130/13, sobre a Atensão Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI),

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o Documento CSP26/11 e os resultados apresentados em termos do avanço obtido na implementação da estratégia "Atensão Integrada às Doenças Prevalentes da Infância" (AIDPI) na Região das Américas, e

Levando em consideração o avanço obtido na iniciativa "Crianças Sadias: a Meta de 2002", que contribuiu para sustentar e acelerar o ritmo de redução da mortalidade infantil, particularmente pelas causas objeto da estratégia AIDPI,

RESOLVE:

1. Aprovar o enfoque e a operacionalização contidos no Documento CSP26/11 para a implementação da estratégia AIDPI.

2. Destacar a importância que tem a expansão da estratégia AIDPI, através da incorporação de novos componentes que permitam aumentar a capacidade de resolução de problemas do pessoal de saúde do primeiro nível.
3. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) continuem reforçando o apoio à estratégia AIDPI, sua expansão e coordenação com outros programas e atores em saúde a fim de sustentar e acelerar o ritmo de queda da mortalidade na infância, e de avançar para o acesso universal da população ao padrão básico de qualidade de atenção que oferece essa estratégia;
 - (b) acelerem a efetiva incorporação da estratégia AIDPI na docência de pré e pós-graduação em disciplinas da saúde, e a utilização da mesma por parte dos graduados;
 - (c) fortaleçam e promovam mecanismos efetivos de coleta, consolidação e análise de informação que permitam o acompanhamento e avaliação das ações de saúde para lactentes e crianças;
 - (d) fortaleçam o número e a diversidade dos recursos humanos de saúde para tratar eficazmente as crianças doentes e abordar as causas das doenças.
4. Pedir ao Diretor que continue apoiando a implementação da estratégia AIDPI, em termos de sua expansão a outros países e da cobertura nos países que já a adotaram.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R9 Ampliação da Proteção Social em Matéria de Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Visto o Documento CE130/14 sobre a Ampliação da Proteção social em Matéria de Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho,

RESOLVE:

Recomendar a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA:

Visto o Documento CSP26/12 sobre a ampliação da proteção social em matéria de saúde: iniciativa conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho;

Levando em conta que a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Internacional do Trabalho implantaram uma iniciativa conjunta destinada a reduzir a exclusão em saúde através da ampliação da proteção social em matéria de saúde;

Tendo tomado nota da assinatura do Memorando de Entendimento respectivo entre ambas as organizações;

Tendo tomado nota das diversas atividades que foram desenvolvidas sobre a ampliação da proteção social em matéria de saúde na Região amparadas nesses acordos;

Considerando que os níveis de exclusão em saúde continuam sendo altos no continente, apesar dos esforços e recursos investidos no tema, que se agravam com o crescimento da economia informal e dos níveis de pobreza e que é necessário enfrentar este problema com critérios inovadores, e

Levando em conta a importância de redobrar esforços nacionais e continentais para garantir um acesso equitativo aos serviços de saúde no âmbito da Meta de Saúde para Todos sem que a capacidade de pagamento seja um fator restritivo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) ampliem a proteção social em matéria de saúde;
 - (b) fomentem processos de diálogo social que permitam definir os objetivos e estratégias nacionais neste campo;
 - (c) incluam a ampliação da proteção social em matéria de saúde como um elemento orientador em seus processos de reforma setoriais.

2. Solicitar aos Diretores da OPAS e da OIT que:
 - (a) disseminem amplamente nos países da Região a documentação conceitual e metodológica relativa à caracterização da exclusão em saúde e seu combate através da ampliação da proteção social em matéria de saúde;
 - (b) promovam junto com os Estados Membros o diálogo social em torno deste tema, a análise e o debate sobre as formas de enfrentá-lo nos países e os mecanismos de cooperação regional para apoiar estes processos;
 - (c) apóiem os países no desenvolvimento de modelos destinados a preparar estratégias para a ampliação da proteção social em matéria de saúde;
 - (d) continuem incentivando uma linha de trabalho sobre a ampliação da proteção social em matéria de saúde em suas ações de cooperação na Região.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R10 Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Maternas

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Documento CE130/16, "Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Maternas",

RESOLVE:

Recomendar que a Conferência Sanitária Pan-Americana adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o Documento CSP26/14, "Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Maternas";

Consciente da taxa desnecessariamente elevada de mortalidade das mulheres como resultado das complicações da gravidez e parto, e

Levando em conta que os resultados da investigação e a experiência prática demonstram que intervenções concretas, como os Cuidados Obstétricos Essenciais

(COE) e a assistência do parto por pessoal qualificado, podem reduzir a incidência e a gravidade das complicações importantes associadas à gravidez, ao parto e ao puerpério para as mães e os recém-nascidos,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:

- (a) façam sua a meta da Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas, que consiste em diminuir a taxa de mortalidade materna em 75% até 2015, em comparação com os níveis registrados em 1990, e melhorar os coeficientes dentro dos países, especialmente as disparidades entre as zonas urbanas e rurais;
- (b) apoiem as intervenções baseadas em provas científicas para reduzir a mortalidade materna, como os Cuidados Obstétricos Essenciais e a assistência do parto por pessoal qualificado;
- (c) adotem as normas expedidas conjuntamente em 1997 pela Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e o Fundo de População das Nações Unidas, segundo as quais para cada 500.000 habitantes deve haver quatro estabelecimentos que ofereçam atenção obstétrica básica e um que preste assistência obstétrica integral;
- (d) apoiem intervenções de promoção da saúde baseadas em provas científicas para que as mulheres, as famílias e as comunidades possam fazer planos para enfrentar as complicações obstétricas, identificar a tempo os problemas e responder apropriadamente;
- (e) desenvolvam parcerias entre os governos locais e nacionais, os serviços de saúde, as associações profissionais, as organizações de mulheres e outras organizações não-governamentais, a fim de melhorar os esforços para reduzir a mortalidade materna, além de obter a colaboração interinstitucional ao promover e aplicar as estratégias de redução da mortalidade materna.

2. Pedir ao Diretor que:

- (a) apoié o estabelecimento e a execução de mecanismos para fortalecer os sistemas de informação e vigilância para seguir de perto os avanços obtidos na redução da mortalidade materna;
- (b) estabeleça mecanismos que ajudem os Estados Membros a assumir um compromisso a longo prazo, tanto político como programático, incluído o apoio

financeiro dentro dos recursos disponíveis, para aplicar intervenções atualizadas de maternidade sem risco e estratégias de redução da mortalidade materna.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R11 Edifícios da Opas e suas Instalações

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Documento CE130/25, no qual se informa sobre as medidas tomadas pela Secretaria com relação a um projeto aprovado que foi financiado pelo Fundo da OPAS para Bens Imóveis e se descreve a necessidade de outro projeto,

RESOLVE:

Aprovar o projeto de reparação das lajes de concreto armado na garagem do edifício da Sede por um montante estimado em US\$ 220.000.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R12 Modificações no Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as modificações do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pelo Diretor no Anexo 1 ao Documento CE130/26;

Levando em conta as decisões da 55ª Assembléia Mundial da Saúde a respeito da remuneração dos Diretores Regionais, dos Assessores Superiores e da Diretora Geral;

Consciente das disposições do Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, do artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da RSPA e da Resolução CD20.R20 do 20º Conselho Diretor,
e

Reconhecendo a necessidade de que exista uniformidade nas condições de emprego do pessoal da RSPA e o da OMS,

RESOLVE:

1. Confirmar, segundo o Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as modificações no artigo 330.2 do Regulamento do Pessoal feitas pelo Diretor, com vigência a partir de 1º de março de 2002, a respeito da escala salarial aplicável ao pessoal da categoria profissional e superior.
2. Estabelecer, com vigência a partir de 1º de março de 2002:
 - (a) o salário anual líquido do Diretor Adjunto em US\$ 108.379, com dependentes, e em \$98.141, sem dependentes;
 - (b) o saldo anual líquido do Subdiretor em \$107.379, com dependentes, e em \$97.141, sem dependentes.
3. Confirmar, segundo o artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as seguintes modificações do Regulamento do Pessoal feitas pelo Diretor:
 - (a) ao artigo 110.7 do Regulamento do Pessoal, relativo às normas de conduta, com vigor a partir de 1º de junho de 2001;
 - (b) aos artigos 350.1 e 350.2.2 do Regulamento do Pessoal, relativos ao direito ao subsídio de educação, com vigência para o presente ano escolar a partir de 1º de janeiro de 2001;
 - (c) ao artigo 530 do Regulamento do Pessoal, relativo ao sistema de planejamento e avaliação do desempenho, com vigor a partir de 1º de janeiro de 2002;
 - (d) aos artigos do Regulamento do Pessoal relativos à reforma da contratação, com vigor a partir de 1º de julho de 2002;
4. Recomendar que a 26.^a Conferência Sanitária Pan-Americana;
 - (a) tome nota das modificações no Regulamento do Pessoal feitas pelo Diretor e confirmadas pelo Comitê Executivo em sua 123^a reunião, relativas, entre outras coisas, às normas de conduta, ao direito ao subsídio de educação, à gestão do rendimento e à reforma da contratação;
 - (b) estabeleça o salário anual do Diretor em \$118.165, com dependentes, e em \$106.342, sem dependentes, com vigor a partir de 1º de março de 2002;

- (c) aprove a modificação no artigo 4.5 do Estatuto do Pessoal para levar em conta a aplicação de novos mecanismos de contratação, com vigência a partir de 1º de julho de 2002.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R13 Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Diretor sobre a Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas (Documento CE130/17),

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o Relatório do Diretor sobre a Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas (Documento CSP26/15);

Recordando a Resolução CD42.R9 sobre as doenças cardiovasculares, com especial atenção à hipertensão arterial, que respalda um enfoque integrado à prevenção das doenças cardiovasculares mediante a iniciativa de ações para a redução multifatorial das doenças não transmissíveis (CARMEN), e observando que CARMEN representa uma via para integrar fatores de risco e doenças;

Observando que as doenças crônicas não transmissíveis representam 70% dos óbitos na Região das Américas, e que mais da metade da mortalidade prematura em menores de 70 anos é atribuída às doenças crônicas não transmissíveis, e

Alarmada pelo maior custo que as doenças não transmissíveis representam para a sociedade como consequência das rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) se esforcem para documentar a carga que representam as doenças crônicas e seus fatores de risco;
 - (b) respaldem a iniciativa da CARMEN como uma das estratégias principais para a prevenção integrada das doenças crônicas;
 - (c) incorporem modelos de assistência para as doenças crônicas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e aumentar a capacidade da atenção primária para responder às necessidades da população.
2. Solicitar que o Diretor:
 - (a) facilite a cooperação técnica com os Estados Membros para que estes elaborem um enfoque integrado das doenças não transmissíveis baseado na iniciativa CARMEN;
 - (b) apóie os Estados Membros para que estabeleçam e melhorem a vigilância das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco;
 - (c) apóie e estimule a pesquisa operacional sobre a aplicação eficaz de programas para prevenir as doenças não transmissíveis e reduzir suas repercussões;
 - (d) promova a coordenação com outras organizações do sistema das Nações Unidas, instituições nacionais e organizações não-governamentais para apoiar a prevenção e o controle das doenças crônicas.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R14 A Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório do Diretor sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (Documento CE130/18),

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o Relatório do Diretor sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (Documento CSP/16);

Levando em conta as carências de que padecem os sistemas de informação e vigilância atuais para documentar a situação sanitária e as tendências da saúde da mulher e as desigualdades por motivo de gênero existentes neste âmbito;

Consciente de que, para formular políticas encaminhadas a reduzir as desigualdades por motivo de gênero é necessário informação, e

Tendo presente as iniciativas de outros organismos do sistema das Nações Unidas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que :
 - (a) atribuam alta prioridade ao estabelecimento e financiamento de sistemas de informação sobre as diferenças de saúde e desenvolvimento determinadas pelo gênero, assim como a compilação, elaboração e apresentação de informação sanitária separada por sexo;
 - (b) promovam a participação dos usuários e produtores, tanto do governo como da sociedade civil, nas questões de gênero e saúde.
2. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) estimule e apóie a produção, difusão e análise de dados sanitários separados por sexo;
 - (b) apóie a produção periódica de boletins estatísticos e perfis sanitários acerca de gênero, saúde e desenvolvimento;
 - (c) estimule e respalde a cooperação técnica entre países para o desenvolvimento, análise e uso da informação sobre gênero e saúde;

- (d) prossiga com os esforços para integrar a perspectiva de gênero no trabalho da Organização, principalmente no processo de planejamento estratégico e seu acompanhamento.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R15 Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências Ambientais (CEPIS)

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Documento CE130/19, Avaliação do Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências Ambientais (CEPIS),

RESOLVE:

Recomendar que a Conferência Sanitária Pan-Americana adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Visto o Documento CSP26/17, Avaliação do Centro Pan-americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS);

Ciente do relatório interno de avaliação apresentado de forma completa pela equipe de avaliação ao Diretor (Relatório Técnico OPAS/DAP/02.5.44);

Tendo presente a Resolução CSP20.R31 da 20ª Conferência Sanitária Pan-Americana, a qual solicita que o Diretor realize a avaliação regular de cada centro pan-americano;

Observando com satisfação que este processo entrou em uma etapa nova e ampliada a partir da avaliação do CEPIS;

Consciente das recomendações que a equipe interna de avaliação apresentou ao Diretor;

Recordando os debates sobre o tema dos centros pan-americanos mantidos nas reuniões recentes do Subcomitê de Planejamento e Programação e do Comitê Executivo, e

Observando a necessidade de fortalecer a avaliação de programas em toda a Repartição,

RESOLVE:

1. Felicitar o Diretor por haver realizado esta avaliação integral e revitalizado o processo de avaliação em geral, e o dos centros pan-americanos solicitado pela Conferência em 1978.
2. Pedir ao Diretor que:
 - (a) ponha em prática as recomendações pertinentes da equipe de avaliação para assegurar a evolução de um CEPIS fortalecido, capaz de atender melhor às necessidades atuais e futuras dos Estados Membros no campo da saúde e do meio ambiente;
 - (b) realize a avaliação integral periódica de um centro pan-americano ao ano;
 - (c) fortaleça a capacidade da Repartição em matéria de avaliação de programas;
 - (d) estimule o desenvolvimento de redes de cooperação entre o CEPIS, centros colaboradores e outras instituições relacionadas com a saúde e o meio ambiente nos países;
 - (e) apresente uma resposta escrita de gestão às recomendações da avaliação do CEPIS e de outros centros quando forem avaliados.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R16 Relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração, 2002

130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração, 2002 (Documento CE130/6, Add. I), e

Tendo presente as disposições das pautas e procedimentos para conferir o Prêmio OPAS em Administração, aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970), modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994) e pela 124ª Reunião do Comitê Executivo (1999),

RESOLVE:

1. Tomar nota da decisão do Júri de que se adjudique o Prêmio OPAS em Administração, 2002, ao Dr. Hugo Mendoza, da República Dominicana, por sua produtiva contribuição para o melhoramento da situação da saúde materno-infantil em seu país, mediante a introdução do enfoque da saúde pública na docência e atenção pediátrica e por seus esforços pioneiros para o desenvolvimento da pesquisa em saúde.
2. Transmitir o Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração, 2002 (Documento CE130/6, Add. I), para a consideração da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R17 Organizações Não-Governamentais em Relações Oficiais com a OPAS

130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo estudado o relatório do Comitê Permanente de Organizações Não-Governamentais (Documento CE130/7, Add. I), e

Tendo presente as disposições contidas no Documento *Princípios que regem as relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as organizações não-governamentais* (1995, revisado em 2000),

RESOLVE:

1. Autorizar o estabelecimento de relações oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde com a Fundação Interamericana do Coração (FIAC).

2. Renovar por um período de quatro anos as relações oficiais entre a OPAS e a Confederação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) e a Aliança Nacional para a Saúde dos Hispanos.
3. Continuar as relações oficiais entre a OPAS e a União Latino-Americana contra as Doenças de Transmissão Sexual (ULACETS) e a Organização Internacional de Associações de Consumidores (CI-ROLAC) por um período de um ano, com a condição de que na Reunião do Comitê permanente de 2003 seja analisado novamente o estado de suas atividades e seu desempenho, conforme um plano de trabalho colaborativo acordado.
4. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) informe às ONGs respectivas as decisões adotadas pelo Comitê Executivo;
 - (b) continue desenvolvendo relações de trabalho dinâmicas com as ONGs interamericanas de interesse para a Organização nas esferas afins às prioridades programáticas que os Órgãos Diretores adotaram para a OPAS;
 - (c) continue fomentando as relações entre os Estados Membros e as ONGs que trabalham no campo da saúde.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R18 Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CSP26/1) preparada pelo Diretor para a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como anexo do Documento CE130/4, Rev. 2, e

Levando em conta as disposições do Artigo 7.F da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o artigo 8 do Regulamento Interno da Conferência,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (Documento CSP26/1) preparada pelo Diretor para a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Oitava reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R19 A Saúde e o Envelhecimento

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Documento CE130/15, a Saúde e o Envelhecimento,

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Levando em conta a importância do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado em Madrid, para abordar os problemas de saúde da população idosa das Américas;

Reconhecendo a mudança de paradigma para o envelhecimento sadio e em atividade e os esforços que foram feitos para reduzir os estereótipos negativos e os mal-entendidos acerca do envelhecimento desde a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana e a adoção, por parte desta, da Resolução CSP25.R6;

Entendendo as implicações imensas do envelhecimento da população para muitas prioridades de saúde das Américas, e

Considerando a necessidade de promover, em colaboração com outros parceiros, um sistema integral de apoio para o envelhecimento sadio e ativo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) aproveitem o impulso criado pela segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, adotem políticas e planos nacionais para a execução do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento e prestem apoio adequado para a execução das áreas prioritárias;
 - (b) advoguem a promoção e proteção dos direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas;
 - (c) adotem as prioridades de promoção da saúde apropriadas para as pessoas idosas e fixem metas com enfoque de gênero e estratégias de vigilância nas áreas de saúde

- nutricional, atividade física, lesões não intencionais inclusive a prevenção das quedas e a saúde mental;
- (d) se comprometam a aumentar o acesso à atenção de saúde de maneira apropriada, assim como o acesso aos medicamentos essenciais, aos idosos, especialmente os que carecem de recursos;
 - (e) promovam iniciativas para o desenvolvimento de opções de atenção comunitária a longo prazo (incluindo as moradias com apoio e as residências assistidas) e regulamentem a prestação da assistência às populações vulneráveis;
 - (f) estimulem a pesquisa para monitoramento e avaliação da eficácia dos programas;
 - (g) elaborem um plano para capacitação dos agentes de atenção primária e outros profissionais da saúde nos fundamentos da promoção da saúde dirigida às pessoas idosas e a medicina geriátrica.
2. Solicitar ao Diretor que:
- (a) apóie a aplicação regional do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, em coordenação com outros parceiros colaboradores;
 - (b) ajude os Estados Membros a fixar metas e indicadores de envelhecimento sadio;
 - (c) incentive os Estados Membros a elaborar estratégias comunitárias coordenadas para apoiar o envelhecimento ativo e para difundir informações sobre estas experiências;
 - (d) ajude os Estados Membros a trabalhar em favor do desenvolvimento de ambientes propícios e favoráveis para os idosos, incluindo estabelecimentos regulamentados de atenção a longo prazo.

(Oitava reunião, 27 de junho de 2002)

CE130.R20 Reunião dos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas (MSMAA)

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo analisado o Documento CE130/20, Reunião dos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas (MSMAA),

RESOLVE:

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

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Recordando a Resolução CD43.R15, pela qual se instruiu a Repartição Sanitária Pan-Americana para que colabore com o Governo do Canadá e o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA) com o objetivo de convocar a Reunião dos Ministros da Saúde e do Meio Ambiente das Américas (MSMAA);

Tendo considerado o relatório da MSMAA, que teve lugar em Ottawa em 4 e 5 de março de 2002;

Reconhecendo o vínculo entre a saúde e o meio ambiente; notando o impacto na saúde de fatores ambientais como a água e o saneamento, a contaminação do ar em interiores e exteriores, e a exposição a substâncias químicas agroindustriais e resíduos; e particularmente conscientes da relação entre condições ambientais e doenças como a diarreia e as infecções respiratórias,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) trabalhem conforme as linhas assinaladas no Comunicado Ministerial nas três áreas definidas: estabelecimento de direções futuras para a saúde e meio ambiente nas Américas; os temas de preocupação comum e as metas compartilhadas; e a formação de capacidade e intercâmbio para responder às ameaças;
 - (b) desenvolvam alianças estratégicas nos níveis nacional e local entre os setores ambiental e da saúde, envolvendo os atores pertinentes do setor público, o setor privado e a sociedade civil;
 - (c) participem e respaldem o trabalho do Grupo de Trabalho definido no Comunicado Ministerial, que o Governo do Canadá está convocando com a colaboração da OPAS e do PNUMA.

2. Solicitar ao Diretor que:
 - (a) colabore com o Governo do Canadá e o PNUMA no Grupo de Trabalho que apresentará propostas para o acompanhamento das conclusões da MSMAA conforme indicado no Comunicado Ministerial;
 - (b) integre as propostas do Grupo de Trabalho e as atividades realizadas em 2002-2003 ao programa de cooperação técnica da OPAS, insistindo na colaboração com os países em matéria de fortalecimento de capacidades e o trabalho em higiene, água e saneamento, contaminação do ar e segurança química.
3. Reconhecer e elogiar a função de liderança do Governo do Canadá ao promover a colaboração ativa entre os setores ambiental e da saúde na construção do desenvolvimento humano sustentável.

(Oitava reunião, 27 de junho de 2002)

Decisões

CE130(D1) Aprovação da Agenda

De conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, a agenda apresentada pelo Diretor foi aprovada. (Documento CE130/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 24 de junho de 2002)

CE130(D2) Representação do Comitê Executivo na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

De conformidade com o artigo 54 do Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar seu Presidente (Guiana) e Vice-Presidente (Uruguai) para representar o Comitê na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Como suplentes desses representantes, o Comitê designou os delegados do Canadá e Bolívia, respectivamente.

(Primeira reunião, 24 de junho de 2002)

CE130(D3) Relatório do Subcomitê de Planejamento e Programação

O Comitê Executivo tomou nota do relatório da 36ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (Documento CE130/5), agradecendo ao Presidente pelo relatório e expressando sua gratidão ao Subcomitê pelo trabalho realizado.

(Primeira reunião, 24 de junho de 2002)

CE130(D4) Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999–2002

O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre a avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999–2002 (Documentos CE130/11 e CE130/INF/1), e incentivou a Secretaria a aplicar as lições aprendidas com esse exercício na implementação e avaliação do Plano Estratégico para o período 2003–2007.

(Primeira reunião, 24 de junho de 2002)

CE130(D5) Fundo de Capital de Giro

O Comitê Executivo decidiu adiar qualquer ação referente ao nível do Fundo de Capital de Giro e reexaminar a questão em sua 132ª Sessão em junho de 2003.

(Segunda reunião, 24 de junho de 2002)

CE130(D6) Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde

O Comitê Executivo tomou nota do relatório preparado pela Secretaria sobre a celebração do 100o aniversário da organização (Documento CE130/21) e expressou sua satisfação com as atividades planejadas e em andamento.

(Sexta reunião, 26 de junho de 2002)

CE130(D7) Exposição do Representante da Associação de Pessoal da RSPA

O Comitê Executivo tomou nota da exposição do Representante da Associação de Pessoal (Documento CE130/27) e expressou seu apoio ao pessoal da Organização e satisfação com as relações cordiais de trabalho que existiam entre o pessoal da OPAS e a administração.

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

CE130(D8) Resoluções e outras ações da 55ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS

O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre as resoluções e outras ações da 55ª Assembléia Mundial da Saúde de interesse para o Comitê Executivo da OPAS (Documento CE130/28).

(Sétima reunião, 27 de junho de 2002)

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

ASSINADO em Washington, D.C., Estados Unidos da América, no vigésimo sétimo dia de junho do ano de dois mil e dois. A Secretaria depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana e enviará cópias aos Estados Membros da Organização.

Leslie Ramsammy
Delegado da Guiana
Presidente da 130ª Sessão do
Comitê Executivo

George A. O. Alleyne
Secretário ex officio da 130ª Sessão do
Comitê Executivo
Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. PROCEDIMENTO

- 2.1 Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS REFERENTES AOS COMITÊS E SUBCOMITÊS

- 5.1 Relatório da 36ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação
- 5.2 Prêmio da OPAS para Administração, 2002
- 5.3 Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
 - Análise Periódica das Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
 - Consideração dos Pedidos

4. ASSUNTOS PERTINENTES À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.5 Proposta de Orçamento Programa da Organização Mundial da Saúde para a Região das Américas para o Exercício Financeiro 2004-2005
- 4.6 Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas
- 4.7 Vacinas e Imunização
- 4.8 Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002

4. ASSUNTOS PERTINENTES À POLÍTICA DOS PROGRAMAS (cont.)

- 4.9 Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007
 - 4.10 Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)
 - 4.11 Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho
 - 4.12 Saúde e Envelhecimento
 - 4.13 Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna
 - 4.14 Resposta da Saúde Pública para as Doenças Crônicas
 - 4.15 Mulher, Saúde e Desenvolvimento
 - 4.16 Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS)
 - 4.17 Relatório sobre a Reunião dos Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas
 - 4.18 Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde
- 5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS**
- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Cotas
 - 5.2 Regulamentos Financeiros da OPAS
 - 5.3 Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001
 - a) Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001
 - b) Fundo do Capital de Giro
 - 5.4 Edifícios e Instalações da OPAS
- 6. ASSUNTOS DE PESSOAL**

6.1 Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA

6.2 Exposição do Representante da Associação do Pessoal da RSPA

7. INFORMAÇÕES GERAIS

7.1 Resoluções e Outras Ações da 55^a Assembléia Mundial da Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Of. Doc. 305 Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2000-2001

Documentos de Trabalho

CE130/1, Ver. 2 e
CE130/WP/1, Ver.1 Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões

CE130/3 Representação do Comitê Executivo na 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE130/4, Ver. 1 Agenda Provisória da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 54ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE130/5 Relatório da 36ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação

CE130/6 Prêmio da OPAS para Administração, 2002

CE130/7 Organizações Não-Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

CE130/8 Proposta de Orçamento Programa da Organização Mundial da Saúde para a Região das Américas para o Exercício Financeiro 2004-2005

CE130/9 e
Ad. I Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nas Américas

CE130/10 Vacinas e Imunização

CE130/11 e
CE130/INF/1 Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002

Documentos de Trabalho (cont.)

CE130/12	Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007
CE130/13	Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)
CE130/14	Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho
CE130/15	Saúde e Envelhecimento
CE130/16	Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna
CE130/17	Resposta da Saúde Pública para as Doenças Crônicas
CE130/18	Mulher, Saúde e Desenvolvimento
CE130/19	Avaliação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS)
CE130/20	Relatório sobre a Reunião dos Ministros de Saúde e Meio Ambiente das Américas
CE130/21	Centenário da Organização Pan-Americana da Saúde
CE130/22 e Ad. I	Relatório sobre a Arrecadação das Cotas
CE130/23	Regulamentos Financeiros da OPAS
CE130/24	Fundo do Capital de Giro
CE130/25, Ver. 1	Edifícios e Instalações da OPAS
CE130/26	Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA
CE130/27	Exposição do Representante da Associação do Pessoal da RSPA

CE130/28 Resoluções e Outras Ações da 55ª Assembléia Mundial da
Saúde de Interesse para o Comitê Executivo da OPAS

Documentos de Informação*

CE130/INF/1 Evaluación de las Orientaciones Estratégicas y Programáticas

CE130/INF/2 Evaluación final del Presupuesto por Programas 2000-2001

CE130/INF/3 Estadísticas del personal de la OSP/OMS

* Disponível em inglês e espanhol.

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

Mr. Nick Previsich
Senior Scientific Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

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

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

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

***Ecuador
Ecuador***

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

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

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Ciro de Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)

Asesores del Director (cont.)

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón
Director, División of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Pan American Health Organization *(cont.)*
Organización Panamericana de la Salud *(cont.)*

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero