



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



52º CONSELHO DIRETOR
65ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 30 de setembro a 4 de outubro de 2013

CD52/FR (Port.)
4 de outubro de 2013
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	6
Assuntos Procedimentais	
Designação da Comissão de Credenciais.....	6
Eleição da Mesa Diretora.....	6
Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS	7
Estabelecimento da Comissão Geral.....	7
Aprovação da Agenda	7
Assuntos relativos à Constituição	
Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo	8
Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	8
Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo	10
Assuntos relativos à Política de Programas	
Plano Estratégico da OPAS 2014-2019	11
Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015	13
Proteção Social em Saúde.....	17
Recursos Humanos em Saúde.....	18
Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis.....	20
<i>Consulta sobre o Mecanismo Mundial de Coordenação para a Prevenção e</i> <i>Controle de Doenças não Transmissíveis</i>	23
Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas na América Central.....	25
Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização	27
Implementação do Regulamento Sanitário Internacional	28
Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas	30
Painel de Debates: a Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015	33
Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde	34
Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans	36

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas.....	38
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012.....	39
Modificações do Regulamento Financeiro da OPAS	40
Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros	41

Prêmios

Prêmio Sérgio Arouca pela Excelência em Atenção Universal à Saúde	42
Prêmio Abraham Horwitz pela Excelência na Liderança Interamericana em Saúde.....	42
Outros Prêmios.....	43

Assuntos para Informação

Atualização sobre a Reforma da OMS.....	43
Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento por Programas da OMS 2014-2015	47
Relatório da 16 ^a Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16).....	49
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos.....	49
A. Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária	49
B. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária	50
C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas	52
D. Aplicação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.....	53
E. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública	54
F. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores	56
G. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas	57
H. Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde.....	58
I. Situação dos Centros Pan-Americanos.....	58

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos para Informação (cont.)

Resoluções e outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS.....	59
A. Sexagésima Sexta Assembleia Mundial.....	59
B. Organizações Sub-regionais.....	59
C. Quadragésima Terceira Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos.....	59
Outros Assuntos	61
Encerramento da Sessão.....	61

Resoluções e Decisões

Resoluções

CD52.R1	Arrecadação das Contribuições Fixas.....	62
CD52.R2	Modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde.....	63
CD52.R3	Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015.....	64
CD52.R4	Contribuições Fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde Para 2014-2015.....	68
CD52.R5	Princípios do Fundo Rotativo para a compra de vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde	71
CD52.R6	Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans	73
CD52.R7	Eleição de Três Estados Membros Para Integrar o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos dos Estados Unidos da América, Granada e Peru.....	75
CD52.R8	Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019.....	75
CD52.R9	Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis	78
CD52.R10	Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central.....	81

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções e Decisões (cont.)

Resoluções (cont.)

CD52.R11	Proteção Social em Saúde.....	83
CD52.R12	Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros.....	86
CD52.R13	Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde	87
CD52.R14	Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização	90
CD52.R15	Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas	92

Decisões

CD52(D1)	Designação da Comissão de Credenciais.....	96
CD52(D2)	Eleição da Mesa Diretora.....	96
CD52(D3)	Estabelecimento da Comissão Geral.....	96
CD52(D4)	Adoção da Agenda.....	96
CD52(D5)	Implementação do Regulamento Sanitário Internacional	97

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 52ª Conselho Diretor, 65ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 30 de setembro a 4 de outubro de 2013.
2. O Dr. Félix Bonilla (Panamá, Presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu boas-vindas aos participantes. A Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]) também deu boas-vindas aos participantes. O Dr. Nils Daulaire (Subsecretário, Escritório de Assuntos Globais, Departamento de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos, país-anfitrião do Conselho), o Sr. Héctor Salazar-Sánchez (Gerente, Setor Social, Banco Interamericano de Desenvolvimento), o Sr. José Miguel Insulza (Secretário-Geral, Organização dos Estados Americanos) e a Dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, OMS) também fizeram pronunciamentos de abertura. Os respectivos discursos podem ser encontrados no website do 52º Conselho Diretor.¹

Assuntos Procedimentais

Designação da Comissão de Credenciais

3. Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Belize, México e Paraguai membros da Comissão de Credenciais (Decisão CD52[D1]).

Eleição da Mesa Diretora

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno, o Conselho elegeu os seguintes oficiais (Decisão CD52[D2]):

<i>Presidente:</i>	Equador	(Exma. Sra. Carina Vance Mafla)
<i>Vice-presidente:</i>	Bolívia	(Exmo. Dr. Juan Carlos Calvimontes)
<i>Vice-presidente:</i>	Jamaica	(Exmo. Dr. Fenton Ferguson)
<i>Relator:</i>	Barbados	(Exmo. Dr. John David Edward Boyce)

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

¹ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=pt

Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS

6. O Conselho Diretor foi informado de que não seria necessário estabelecer um grupo de trabalho, pois nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS (ver o Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas, parágrafos 128 a 132 abaixo).

Estabelecimento da Comissão Geral

7. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Cuba, São Cristóvão e Névis e os Estados Unidos como membros da Comissão Geral (Decisão CD52[D3]).

Aprovação da Agenda (Documentos CD52/1, Rev. 1 e CD52/1, Rev. 2)

8. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Peru, Presidente do Comitê Executivo) anunciou que havia sido informado pelo Governo da Jamaica de que o ganhador do Prêmio OPAS em Administração 2013, Dr. Brendan Courtney Bain, havia indicado que não poderia aceitar o prêmio. O Dr. Cuba Oré, Presidente do Comitê Executivo, solicitou que esse tema em relação ao prêmio fosse retirado da agenda.

9. O Delegado dos Estados Unidos propôs o acréscimo do tema “Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans”, observando que essas pessoas estavam sujeitas a estigma e discriminação e que os resultados em termos de saúde para elas eram piores do que os da população em geral. Salientou também a necessidade de assegurar que essas pessoas desfrutassem de acesso não discriminatório a serviços de saúde de qualidade. A Delegada de El Salvador propôs o acréscimo do tema “Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde”, observando com preocupação que a Repartição passara a sofrer uma crescente pressão para modificar os princípios que regiam o Fundo Rotativo, em particular com relação à fixação de preços de vacinas. Assinalou que essas modificações poderiam prejudicar a introdução de novas vacinas e pôr em risco a sustentabilidade financeira dos programas nacionais de vacinação.

10. O Conselho aceitou todas as mudanças propostas e adotou a agenda, devidamente modificada, como Documento CD52/1, Rev. 2 (Decisão CD52[D4]). O Conselho também adotou um programa de reuniões (Documento CD52/WP/1, Rev. 2).

Assuntos relativos à Constituição

Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD52/2)

11. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Peru, Presidente do Comitê Executivo) informou sobre as atividades desenvolvidas por esse Comitê e pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre setembro de 2012 e setembro de 2013. Destacou os temas que haviam sido discutidos pelo Comitê, mas que não haviam sido encaminhados para consideração pelo 52º Conselho Diretor e observou que informaria sobre outros temas conforme eles fossem tratados pelo Conselho. Entre os temas não encaminhados estavam os relatórios anuais do Escritório de Ética, do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, e do Comitê de Auditoria da OPAS; uma atualização da situação dos projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para o financiamento da Conta Especial, inclusive o projeto para a modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA; um relatório sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital; modificações do Regulamento do Pessoal da RSPA e solicitações de oito organizações não governamentais de admissão ou renovação da sua condição de organização que mantém relações oficiais com a OPAS. Os detalhes podem ser encontrados no Relatório do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD52/2).

12. O Conselho agradeceu os Membros do Comitê pelo seu trabalho e tomou nota do relatório.

Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CD52/3)

13. A Diretora apresentou o seu relatório anual, cujo tema era “Aproveitando o Passado e Avançando Rumo ao Futuro com Confiança”, observando que abrangia o período entre meados de 2012 e meados de 2013, compreendendo o fim dos sete meses do mandato da Diretora anterior, Dra. Mirta Roses Periago, e os cinco primeiros meses do seu próprio mandato. Também observou que, em dezembro, a Repartição lançaria uma análise completa do impacto da sua cooperação técnica durante o biênio de 2012-2013, cujos resultados seriam comunicados aos Estados Membros.

14. O relatório anual destacou o que os Estados Membros, com o apoio da Repartição, haviam alcançado durante o período com respeito ao fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária, a melhoria da saúde ao longo de todo o ciclo de vida, a consecução das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o combate a doenças não transmissíveis e doenças infecciosas negligenciadas, a redução da carga de doenças transmissíveis e a formação de capacidades nos países e na Região como um todo em áreas cruciais, como alerta e resposta a epidemias e preparação para desastres e redução de riscos.

15. Graças à liderança das autoridades sanitárias da Região e aos seus esforços para melhorar as condições sociais e os determinantes estruturais que influem sobre a saúde, os povos das Américas estão mais saudáveis e mais fortes em quase todos os aspectos. A expectativa de vida continuou a aumentar e a mortalidade segue em queda, apesar do envelhecimento da população. A Região havia feito progressos significativos rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde (ODMs) e rumo à redução, erradicação ou eliminação de doenças. Nesse sentido, foi com satisfação que ela informou que, em 2013, a Colômbia havia se tornado o primeiro país no mundo a eliminar a oncocercose.

16. Embora essas conquistas sejam encorajadoras, nem todos se beneficiaram por igual. As mulheres e crianças que vivem na pobreza haviam ficado para trás, assim como as populações indígenas, afrodescendentes, marginalizadas e socialmente excluídas e os que vivem nos centros urbanos superpovoados e em áreas rurais remotas. A iniquidade no que se refere à saúde e aos seus determinantes sociais continuava a ser o maior desafio da Região. A Diretora acreditava que a universalização da cobertura de saúde ajudaria bastante a superar esse desafio e, portanto, essa meta havia sido encarada como prioridade pela sua administração.

17. O relatório detalhou várias mudanças recentes na estrutura interna e nos serviços institucionais da Repartição, que visaram a fortalecê-la e permitir-lhe melhor atender os Estados Membros e ser mais receptiva, flexível e transparente. A Repartição estava preparada e pronta para pôr em prática o novo Plano Estratégico 2014-2019 (ver os parágrafos 24 a 34 abaixo) e apoiar os Estados Membros nos seus esforços para alcançar a cobertura universal de saúde como o primeiro e mais necessário passo rumo à visão de uma Região em que cada indivíduo viva uma vida longa com dignidade, saúde e produtividade.

18. O Conselho Diretor elogiou o relatório e aplaudiu os muitos avanços nele destacados. O relatório foi considerado realista e visionário, e foi louvado o reconhecimento, por parte da Diretora, de que a OPAS deveria mudar a fim de continuar a ser pertinente e receptiva às necessidades dos seus Estados Membros. A reorganização interna da Repartição também foi bem recebida, e um delegado comentou que a estrutura mais simplificada, abrangendo cinco departamentos de cooperação técnica, facilitaria a interação e a comunicação entre o pessoal e os Estados Membros. Esse mesmo delegado elogiou a redução de 256 para 106 no número de indicadores no novo Plano Estratégico, o que ajudaria a aliviar “o excesso de indicadores” e facilitar a apresentação de informações tanto para a Repartição como para os Estados Membros.

19. Manifestou-se o firme apoio às prioridades definidas pela Diretora, em particular à universalização da cobertura de saúde, à redução de iniquidades e desigualdades, à atenção a determinantes sociais e ambientais da saúde e ao fortalecimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária. Diversos delegados assinalaram que não seria

possível alcançar a cobertura universal de saúde sem fortalecer os sistemas de saúde e abordar os determinantes da saúde. A importância de assegurar uma oferta adequada de profissionais de saúde capacitados e de desestimular a emigração dos profissionais da saúde foi salientada, assim como a necessidade de ação intersetorial de modo a abordar os determinantes da saúde. Destacou-se que, apesar dos avanços de modo geral em termos da melhoria da saúde na Região, a mortalidade e a morbidade continuavam desproporcionalmente elevadas entre os deficientes e outros grupos vulneráveis e marginalizados, e ressaltou-se a necessidade de redobrar os esforços para corrigir as disparidades e iniquidades e para prevenir a discriminação no acesso e na prestação de serviços de saúde. De maneira análoga, vários delegados chamaram atenção para as dificuldades enfrentadas pelos países classificados atualmente como países de renda média, as quais limitavam o acesso à assistência para o desenvolvimento necessária. A importância da cooperação Sul-Sul nesses contextos foi salientada. Outros temas também identificados como prioridade para o período de seis anos abarcado pelo novo Plano Estratégico foram enfrentar a mudança climática, assegurar a implementação completa do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e reduzir a obesidade e promover dietas e hábitos saudáveis entre as crianças e jovens.

20. O Delegado da Colômbia agradeceu a Repartição pelo apoio na campanha de eliminação da oncocercose no seu país e disse que a Colômbia também estava buscando eliminar o tracoma. O Delegado do Equador anunciou que o seu país estava aguardando a certificação da OMS no que respeita à eliminação da transmissão da oncocercose.

21. O Conselho agradeceu a Diretora e tomou nota do relatório.

Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato dos Estados Unidos, Granada e Peru (Documento CD52/4)

22. O Conselho Diretor elegeu as Bahamas, Costa Rica e Equador para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos e agradeceu Granada, Peru e os Estados Unidos pelos serviços prestados (Resolução CD52.R7).

23. Os Delegados das Bahamas, Costa Rica e Equador manifestaram sua gratidão ao Conselho pela escolha dos seus países para integrar o Comitê Executivo e afirmaram o compromisso dos seus Governos com a Organização e com o trabalho junto à Repartição e a outros Estados Membros para melhorar a saúde e o bem-estar dos povos das Américas. A Delegada do Equador disse que o seu governo atribuía grande importância à questão das deficiências e observou que, em novembro de 2013, o seu governo promoveria a consulta regional sobre a proposta do plano de ação sobre deficiências que estava sendo preparado pelo Secretariado da OMS em conformidade com a Resolução WHA66.9 (2013). O Delegado da Guatemala anunciou a intenção do seu Governo de concorrer à eleição para o Comitê Executivo em 2014.

Assuntos relativos à Política de Programas

Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Documento Oficial 345 e Add. I)

24. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou sobre a consideração, pelo Comitê, de uma versão anterior ao projeto do Plano Estratégico 2014-2019 (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 40 a 55), observando que o Comitê havia sugerido o acréscimo de vários indicadores e recomendado que o Grupo Consultor de Países reexaminasse os indicadores e metas de impacto sobre a saúde. O Comitê também havia sublinhado a importância da atenção aos determinantes sociais da saúde constantes do Plano. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R7, endossando o projeto de Plano Estratégico 2014-2019 e recomendando a sua aprovação pelo Conselho Diretor.

25. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou o Plano Estratégico 2014-2019, observando que este estabelecia a direção, as prioridades e a estrutura de responsabilidade programática que orientaria o trabalho da Organização pelos próximos seis anos. O Dr. Walter passou em revista o processo colaborativo por meio do qual o Plano Estratégico havia sido elaborado, ressaltando que ele havia sido conduzido pelos Estados Membros desde o princípio, e delineou as características principais do Plano, inclusive os seus nove indicadores de impacto, seis categorias e 30 áreas programáticas. O tema geral do Plano Estratégico era “Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade”. O Plano propunha um enfoque na totalidade do ciclo de vida, com ênfase na promoção da melhoria da saúde e do bem-estar, em vez de um enfoque mais tradicional centrado nas doenças. O Plano estava estreitamente alinhado com o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS (ver os parágrafos 168 a 177 abaixo), mas também respondia a questões de interesse especial para a Região, como a doença de Chagas e a dengue, determinantes da saúde e recursos humanos em saúde. A especificidade regional também foi refletida nos indicadores de impacto e dos resultados intermediários.

26. Conforme solicitado pelos Estados Membros, um método padronizado e sistemático de definição de prioridades foi elaborado em conjunto com o Plano Estratégico. O método programático de estratificação das prioridades foi descrito no anexo II do *Documento Oficial 345* e os resultados do exercício de estratificação das prioridades constam da Tabela 3.

27. No intuito de refletir as discussões que haviam ocorrido com os Estados Membros desde a 152^a Sessão do Comitê Executivo, em junho de 2013, a Repartição estava propondo alguns acréscimos à resolução adotada pelo Comitê com vistas a continuar a refinar as linhas de base e as metas, produzindo um compêndio dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários e melhorando a metodologia de estratificação das prioridades para aplicação em orçamentos para programas futuros. Com esse fim,

propôs-se que se deveria solicitar ao Comitê Executivo o estabelecimento de um grupo de trabalho dos representantes dos Estados Membros para continuar a trabalhar nas definições e meios de medir os indicadores de impacto e dos resultados intermediários e para prestar assessoria sobre o monitoramento e a avaliação do Plano Estratégico.

28. O Conselho expressou o seu firme apoio ao Plano Estratégico proposto e aplaudiu a maneira colaborativa e participativa como ele havia sido formulado, manifestando o seu agradecimento aos membros do Grupo Consultor de Países pelo seu trabalho. Assinalou-se que, embora as amplas consultas tenham tornado o processo mais complexo e lento, elas também haviam assegurado que os Estados Membros sentissem uma forte sensação de propriedade do Plano e estivessem comprometidos com a sua execução. Os Estados Membros acolheram a ênfase do Plano na prevenção e promoção da saúde, assim como na equidade, e elogiaram o seu alinhamento com as prioridades estabelecidas no Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS e com aquelas identificadas no âmbito regional, na Agenda de Saúde para as Américas. A ênfase nas doenças não transmissíveis e nos determinantes sociais da saúde também foi elogiada, assim como a inclusão de atividades e indicadores relacionados à governança e financiamento da saúde, aos recursos humanos em saúde, à dengue, à etnia e às doenças zoonóticas. Reconheceu-se que pôr em prática o Plano em um contexto de recursos limitados seria um desafio e que haveria pouca margem para abordar qualquer questão emergente que pudesse surgir durante o período coberto pelo Plano. A Diretora foi incentivada a buscar meios inovadores de assegurar o sucesso na execução do Plano. A importância da cooperação Sul-Sul e outras formas de colaboração entre países foi destacada nesse sentido.

29. Os delegados apoiaram a participação contínua dos Estados Membros para refinar as metas e indicadores e para monitorar e avaliar os avanços no âmbito do Plano Estratégico. Além disso, acolheram a proposta para estabelecer um grupo de trabalho para essa finalidade. Um delegado perguntou se o grupo de trabalho também examinaria a metodologia de estratificação das prioridades. Recomendou-se que o grupo de trabalho mirasse toda a cadeia de resultados, inclusive os indicadores dos resultados imediatos, assim como os indicadores dos resultados intermediários e de impacto. Apontou-se que alguns indicadores eram algo subjetivos e enfatizou-se a necessidade de contar com indicadores objetivos de modo a facilitar a mensuração e o monitoramento. Também se destacou que os indicadores do Plano e os métodos para medi-los deveriam ser alinhados com os usados no âmbito mundial para que os dados das Américas pudessem ser comparados com os de outras regiões da OMS.

30. Sugeriu-se que o Plano tivesse mais indicadores e desse mais ênfase a diversas áreas. Vários delegados foram favoráveis à inclusão de um indicador específico de resultado intermediário relacionado à saúde bucal. Vários também salientaram a necessidade de envidar mais esforços para fazer face ao problema da mudança climática e aos seus efeitos para a saúde. Um delegado propôs que indicador de resultado

intermediário 6.1 fosse revisado e passasse a ter a seguinte redação: “Liderar esforços de colaboração estratégicos entre os Estados Membros e outros parceiros a fim de promover a equidade na saúde, combater doenças e melhorar a qualidade e prolongar a duração da vida dos povos das Américas”, em linha com a declaração de missão da Repartição Sanitária Pan-Americana. O mesmo delegado sugeriu que fossem acrescentados indicadores de resultado intermediário à categoria 6 (Serviços institucionais e funções facilitadoras) em relação à transparência, prestação de contas e gestão de riscos e refletindo o nível de satisfação dos Estados Membros com o apoio técnico prestado pela Repartição.

31. O Sr. Walter disse que a Repartição estudaria cuidadosamente as sugestões com respeito aos indicadores para a categoria 6. Com relação à subjetividade de alguns indicadores, a Repartição reconhecia que mais refinamentos eram necessários e, por esse motivo, havia proposto a criação do grupo de trabalho.

32. A Diretora acrescentou que a Repartição apresentaria uma proposta à 153^a Sessão do Comitê Executivo com respeito à composição e mandato do grupo de trabalho. Em relação às sugestões de mais indicadores e áreas de enfoque, assinalou que, embora todas as questões de saúde fossem importantes, nem todas poderiam ser prioridade, especialmente em um contexto de limitações de recursos. A saúde bucal, por exemplo, talvez não seja uma prioridade absoluta, mas havia sido abordada no Plano Estratégico, nas categorias 1 e 2. Quanto à mudança climática, observou que os Estados Membros haviam adotado uma estratégia e plano de ação sobre esse tema em 2011.²

33. A implementação do Plano Estratégico seria uma responsabilidade conjunta da Repartição e dos Estados Membros; portanto, estes também precisariam buscar enfoques inovadores para que se obtivesse sucesso. Por sua vez, a Repartição, por meio da cooperação Sul-Sul e de outros mecanismos, se valeria do conhecimento e da perícia disponível no âmbito nacional para reforçar a sua cooperação técnica.

34. O Conselho adotou a Resolução CD52.R8, aprovando o Plano Estratégico 2014-2019 e agradeceu os membros do Grupo Consultor de Países pela sua contribuição para a formulação do Plano.

Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 (Documento Oficial 346, Add. I e Add. II)

35. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo), ao informar sobre a consideração, pelo Comitê, de uma versão anterior do Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 56 a 68), disse que o Comitê havia reconhecido a difícil situação orçamentária decorrente da conjuntura financeira mundial, da diminuição das receitas diversas, da redução das contribuições voluntárias e da perda do poder aquisitivo do dólar dos Estados Unidos. Contudo, o

² Ver a Resolução CD51.R15 e o Documento CD51/6 (2011).

Comitê havia solicitado à Repartição que preparasse um projeto revisto refletindo um crescimento nominal zero das contribuições fixas dos Estados Membros. O Comitê havia reconhecido que o crescimento zero das contribuições criaria desafios para a Repartição e que, portanto, os Estados Membros precisariam usar de disciplina ao estabelecer as prioridades do Plano Estratégico 2014-2015. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R16, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o programa de trabalho da RSPA com um aumento zero das contribuições líquidas, conforme delineado no *Documento Oficial 346*. A resolução também propunha a criação de um fundo especial para o qual os Estados Membros poderiam fazer contribuições voluntárias plenamente flexíveis de modo a compensar a redução dos orçamentos ordinários decorrente do crescimento zero nas contribuições fixas.

36. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) delineou o programa e orçamento propostos para 2014-2015, observando que seria o primeiro plano operacional para executar a nova direção estratégica articulada no Plano Estratégico 2014-2019 (ver os parágrafos 24 a 34 acima). O programa e o orçamento foram organizados em torno de seis categorias e 30 áreas programáticas, que refletiam, em grande medida, aquelas do orçamento por programas da OMS, assim como as do Plano Estratégico da OPAS. O orçamento seria alocado entre os níveis funcionais e entre os países de acordo com a Política Orçamentária da OPAS aprovada pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 2012.³ Os recursos seriam alocados entre áreas programáticas de acordo com a estrutura programática de estratificação das prioridades estabelecida no âmbito do Plano Estratégico 2014-2019 (ver o parágrafo 26 acima).

37. O orçamento total para o biênio montaria a US\$ 563 milhões,⁴ em comparação com mais de \$600 milhões nos três biênios anteriores. O financiamento para o orçamento viria, em partes iguais, das contribuições fixas e voluntárias. As contribuições fixas continuariam ser as mesmas que em 2012-2013, ao passo que as contribuições voluntárias para a OPAS deveriam cair em torno de \$48 milhões, segundo as projeções. A Repartição esperava começar o biênio 2014-2015 com um déficit de financiamento de pouco mais de \$200 milhões, ou cerca de 38% do orçamento total. A esperança era que o segundo diálogo de financiamento da OMS em novembro de 2013 (ver “Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento por Programas da OMS 2014-2015”, parágrafos 168 a 177 abaixo), combinado com as atuais iniciativas mundiais e regionais de mobilização de recursos, ajudaria a fechar esse déficit. Também se esperava que os Estados Membros fizessem contribuições voluntárias não vinculadas para compensar a redução de \$6 milhões do orçamento ordinário decorrente do crescimento nominal zero das contribuições fixas. Se o orçamento fosse plenamente

³ Ver a Resolução CSP28.R10 e o Documento CSP28/7 (2012).

⁴ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

financiado, a Repartição conseguiria alcançar praticamente o mesmo nível de resultados que o do biênio 2012-2013, embora fosse necessário economizar de modo a absorver os aumentos de custo — o que a Repartição já estava fazendo, por exemplo, com o uso da teleconferência para evitar os gastos com viagem associados a reuniões presenciais.

38. No debate que se seguiu à apresentação do Sr. Walter, os Estados Membros manifestaram a sua satisfação com a Repartição por haver elaborado um projeto de orçamento responsável que reconhecia a conjuntura financeira atual no mundo e na Região, levava em consideração o processo de reforma da OMS e respondia à Política Orçamentária da OPAS, ao Plano Estratégico 2014-2019 da OPAS e à estrutura de estratificação das prioridades programáticas. Os Estados Membros estavam satisfeitos que o projeto levava em consideração os critérios expressos durante a 152^a Sessão do Comitê Executivo, particularmente no que se refere ao crescimento nominal zero das contribuições fixas. Também se manifestou a satisfação com o enfoque disciplinado da Repartição no tocante à redução e absorção de custos. Reconheceu-se que o programa e o orçamento de 2014-2015 teriam um caráter transitório e que diferentes critérios se aplicariam à formulação de programa e do orçamento para 2016-2017.

39. Uma delegada demonstrou preocupação com o fato de que as alocações para as doenças não transmissíveis, para a saúde mental e para o envelhecimento e saúde eram insuficientes à luz dos perfis epidemiológicos e demográficos da Região. Um delegado sugeriu que o nível prioritário da área programática “Envelhecimento e saúde” deveria ser elevado de 3 para 2 e que o nível prioritário dos “Determinantes sociais da saúde” deveria ser elevado de 3 para 1. Esse mesmo delegado salientou a necessidade de obter financiamento suficiente para a vigilância da hepatite, a prevenção e controle da leptospirose, a inocuidade dos alimentos e saúde animal e a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Observou-se que a maior parcela do orçamento continuava a ser destinada para serviços institucionais e funções facilitadoras. Nesse sentido, salientou-se a importância levar em conta as recomendações dos auditores internos e externos de modo a melhorar os processos administrativos. No tocante ao orçamento, considerou-se que o enfoque baseado em resultados ajudaria a garantir a prestação de contas. Uma delegada perguntou se o orçamento previa o apoio à cooperação técnica entre países.

40. O Sr. Walter respondeu que 5% da alocação para cada país havia sido reservada para a cooperação técnica entre países. Com respeito às alocações para as diversas áreas programáticas, explicou que, como parte do exercício de estratificação das prioridades, o nível mínimo de financiamento para todas as áreas havia sido fixado em \$1,5 milhão. Na realidade, esse nível havia aumentado substancialmente o financiamento do orçamento ordinário para a saúde mental e para o envelhecimento e saúde, áreas que antes dependiam quase que inteiramente de financiamento voluntário. Com respeito ao montante relativamente elevado destinado para os serviços institucionais e funções facilitadoras, assinalou que cerca de metade desses recursos seria gasta em operações de

representação nos países e em funções de liderança, e não em despesas gerais administrativas. Quanto às mudanças sugeridas no nível prioritário de algumas áreas programáticas, observou que as prioridades seriam reconsideradas à época da elaboração do programa e orçamento 2016-2017. Se as prioridades estabelecidas para 2014-2015 não atendessem as necessidades dos países individualmente, eles poderiam usar parte dos recursos alocados no atendimento das suas próprias prioridades. Ademais, assegurou ao Conselho que as recomendações dos auditores internos e externos estavam sendo implementadas.

41. A Diretora disse que era importante que os Estados Membros compreendessem plenamente a situação do orçamento da OPAS e as implicações da decisão de não permitir nenhum aumento das contribuições fixas. A Organização estava enfrentando uma redução geral de mais de \$50 milhões, inclusive a redução projetada de \$48 milhões nas contribuições voluntárias e uma diminuição de \$6 milhões das receitas diversas. Além disso, a cifra de \$50 milhões se baseava em duas suposições: a primeira era que a OPAS receberia da OMS o mesmo nível de recursos para o orçamento ordinário recebido no biênio atual (\$80,7 milhões); a segunda era que receberia o nível previsto de contribuições voluntárias da OMS (\$84 milhões, o que representaria um aumento de \$4 milhões em relação a 2012-2013). Na verdade, não se sabia se essas alocações estariam disponíveis e, mesmo que estivessem, não havia nenhuma garantia de que a Região efetivamente receberia todos os recursos orçados.

42. Estava claro que os Estados Membros esperavam que a Repartição fizesse mais com menos, e a Repartição continuaria a se esforçar para aumentar a eficiência e racionalizar o seu pessoal e atividades. Contudo, também estava claro que seria necessário reduzir o alcance do trabalho em algumas das prioridades identificadas pelos Estados Membros. A Diretora esperava poder confiar que os Estados Membros não insistiriam que a Repartição assumisse mais trabalho do que pudesse realisticamente ser feito com os recursos à sua disposição. A Repartição intensificaria os seus esforços para captar recursos de modo a minimizar o impacto das reduções do orçamento, e a Diretora esperava que os Estados Membros ajudassem nesse sentido ao contribuir para o fundo de contribuições voluntárias. Ela também apelou aos Estados Membros para que fizessem o pagamento das suas contribuições fixas em tempo hábil, assinalando que, segundo as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), se essas contribuições fossem recebidas tarde demais em um determinado ano para serem despendidas, a Repartição não poderia usar os recursos no ano seguinte.

43. O Conselho adotou a Resolução CD52.R3, aprovando o Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015, conforme constante do *Documento Oficial 346*. O Conselho também adotou a Resolução CD52.R4, estabelecendo as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados.

Proteção Social em Saúde (Documento CD52/5)

44. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia examinado o documento conceitual sobre proteção social em saúde e havia acolhido o seu enfoque baseado em direitos e a sua ênfase na abordagem dos determinantes sociais da saúde e na redução da desigualdade. O Comitê havia realçado a importância de compartilhar as melhores práticas, sobretudo com respeito aos enfoques para ampliar o acesso à atenção à saúde e garantir a cobertura universal. Também havia assinalado que as abordagens variariam dependendo do contexto, sistema de governo e outras especificidades nacionais em cada país. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R4, recomendando que o Conselho adotasse o projeto de resolução contido no Documento CD52/5 (para mais detalhes sobre as deliberações do Comitê sobre esse tema, consulte o Documento CE152/FR, parágrafos 69 a 75).

45. No debate que se seguiu ao relatório do Dr. Cuba Oré, o Conselho salientou que o acesso à atenção à saúde de qualidade era um direito humano. Acordou-se que havia muitas maneiras de alcançar a proteção social, os países deveriam ter a liberdade de escolher a rota que melhor se adaptasse a sua situação e era necessário um enfoque multissetorial, envolvendo órgãos do governo e serviços de fora do setor da saúde.

46. Tendo acolhido o componente do projeto de resolução que instava pelo aumento da cooperação técnica entre países para estabelecer e melhorar a proteção social em saúde, os delegados descreveram as medidas que estavam sendo tomadas nos seus países para melhorar a proteção social. Destaca-se a identificação dos membros mais pobres da população para assegurar que eles não seriam deixados para trás à medida que o país avançasse na melhoria da atenção à saúde. Considerou-se essencial que o custo não constituísse uma barreira para a atenção à saúde e destacou-se a contribuição do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS para a contenção dos custos da atenção à saúde. Enfatizou-se que devem ser concebidos programas de educação em saúde e de promoção da saúde que atinjam toda a população, de modo a orientar as pessoas para que assumam a responsabilidade pela sua própria saúde.

47. Houve bastante discussão sobre o uso da expressão “pisos de proteção social” no projeto de resolução. Alguns delegados consideraram que ela implicaria que as pessoas tinham direito apenas a um nível mínimo de proteção de saúde, enquanto outros apontaram que essa expressão havia sido usada no Documento CD52/5 e refletia um conceito da Organização Internacional do Trabalho. Em última análise, concordou-se em suprimi-la.

48. O Sr. James Fitzgerald (Diretor Interino, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) observou que os comentários das delegações haviam confirmado que a proteção social precisava estar fundamentada nos princípios e valores da universalidade e da solidariedade. Também acolheu o destaque dado pelos oradores ao direito à saúde, que

encerrava a diferença entre o Documento CD52/5 e os anteriores sobre o mesmo tema. Os países da Região haviam obtido avanços significativos no desenvolvimento dos sistemas de proteção social e de mecanismos para financiá-los. O Sr. Fitzgerald incentivou os Estados Membros a trocar informações sobre as lições extraídas e as melhores práticas nesse sentido.

49. A Diretora afirmou que a Região era um dos líderes no estabelecimento da proteção social na saúde havia muito tempo. Agora, a Região estava indo mais além, vendo a proteção social na saúde como um direito humano à saúde, em vez de simplesmente como um mecanismo de proteção de riscos financeiros. Também era novidade a ênfase em fatores determinantes sociais da saúde. Ela concordou que enfrentar as suas implicações exigiria uma cooperação verdadeiramente multissetorial. A Repartição aproveitaria os novos enfoques mencionados pelas delegações a fim de ajudar a Região a avançar no reconhecimento do direito à saúde como um componente fundamental da proteção dos seus cidadãos.

50. O Conselho adotou a Resolução CD52.R11 sobre esse tema.

Recursos Humanos em Saúde (Documento CD52/6)

51. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia escutado uma apresentação sobre os preparativos para o Terceiro Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde, a ser realizado na cidade do Recife, Pernambuco, em novembro de 2013 e, posteriormente, havia concordado que um tema ligado aos recursos humanos em saúde seria acrescido à agenda do Conselho Diretor. O intuito era que o Conselho pudesse considerar um projeto de resolução redigido pela delegação do Brasil destinado a reforçar a atenção aos recursos humanos em saúde à luz dos resultados esperados desse Fórum Global e das discussões ora em andamento com respeito à saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 (para mais detalhes sobre as deliberações do Comitê acerca desse tema, ver o Documento CE152/FR, parágrafos 202 a 206).

52. O Dr. James Fitzgerald (Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA), ao apresentar o Documento CD52/6, disse que a sua mensagem central era que qualquer progresso significativo no desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária com o intuito de avançar rumo à cobertura universal de saúde exigiria reformas significativas no planejamento, administração e distribuição dos recursos humanos em saúde. O documento mencionava dificuldades encontradas pelos Estados Membros em reduzir as iniquidades no acesso a profissionais de atenção primária capacitados, sobretudo em comunidades que viviam em áreas rurais ou remotas e em grupos populacionais que eram vulneráveis devido à sua idade, etnia, religião ou outros fatores. O documento e o projeto de resolução instavam os países a identificar as necessidades, a escassez e as insuficiências não atendidas, bem como a elaborar e fortalecer os programas

nacionais para ampliar o acesso a profissionais de saúde qualificados, sustentar os esforços para atingir as Metas Regionais em Matéria de Recursos Humanos para a Saúde 2007-2015 e trabalhar visando à formulação de uma nova agenda de recursos humanos pós-2015 em apoio à universalização da cobertura de saúde nas Américas.

53. Além de acolher o documento, alguns delegados observaram que a crescente prosperidade na Região havia resultado no crescimento da procura por serviços, inclusive de saúde. Também se assinalou que o crescimento da procura estava ocorrendo em paralelo a uma insuficiência cada vez maior no número de profissionais de saúde capacitados. Os delegados descreveram as medidas tomadas para atacar essa insuficiência, como a criação de novos estabelecimentos de formação e a oferta de financiamento pelo governo, inclusive recursos para que os estudantes de medicina pudessem buscar as suas especialidades, de acordo com as necessidades demográficas e epidemiológicas do país. A pesquisa sobre as necessidades de recursos humanos no futuro foi considerada crucial para permitir que países em desenvolvimento se planejem em vista das suas necessidades e que os países desenvolvidos se preparem para suprir as suas próprias necessidades sem recorrer a recursos dos países em desenvolvimento.

54. O Delegado dos Estados Unidos disse que o seu governo continuava a apoiar as oportunidades de capacitação para o pessoal de atenção à saúde nacional em todo o mundo, a fim de ajudar a ampliar o seu banco de profissionais bem capacitados e a manter essa ampliação por meio de estratégias sólidas de contratação e retenção. Também descreveu as medidas internas que estavam sendo tomadas para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde com a intenção de reduzir o fator de atração na migração de profissionais de saúde. Nos últimos anos, esses esforços já haviam contribuído para uma redução na entrada de médicos e enfermeiros estrangeiros no país. Outros delegados explicaram que os seus governos estavam tentando atrair médicos estrangeiros de acordo com o Código de Conduta para Recrutamento Internacional de Pessoal da Área de Saúde da OMS, mas sem agravar a escassez em países vizinhos, por exemplo, ao não aceitar profissionais de medicina de países com uma proporção de profissionais de saúde inferior à sua própria.

55. Sugeriu-se que a questão da padronização e reconhecimento das qualificações médicas deveria ser examinada mais de perto, com o objetivo de facilitar o movimento de pessoal médico entre os países. Também se deveria dar mais atenção às possibilidades de cooperação Sul-Sul e de intercâmbio de experiências na capacitação de pessoal médico. Destacou-se a feminização da profissão médica no âmbito regional e mundial, bem como a necessidade de pesquisa sobre esse fenômeno, a fim de assegurar que os países façam pleno uso das possibilidades oferecidas pelas mulheres no campo da atenção à saúde.

56. Vários delegados observaram que os pequenos Estados insulares em desenvolvimento no Caribe precisariam de apoio constante para desenvolver as competências desejadas em termos de planejamento dos recursos humanos. Assinalou-se

que esse apoio deveria abranger a capacitação ou orientação sobre o estabelecimento de sistemas para captar os dados necessários como insumo para o processo de planejamento.

57. O Dr. Fitzgerald disse que, para atingir a meta da cobertura universal de saúde, a Região precisaria melhorar a variedade, a capacidade e a qualidade dos serviços de saúde, além de ampliar o acesso, pois todos os recursos humanos capacitados seriam necessários. A questão da padronização e reconhecimento das qualificações médicas seria um dos assuntos centrais nas discussões no período que antecede o Fórum Global de Recife, em novembro. O Dr. Fitzgerald frisou a importância de uma grande participação no Fórum, de preferência de funcionários de ministérios da saúde e de outras autoridades de alto nível, e agradeceu o Brasil por promover o encontro. Acrescentou que a Repartição certamente trabalharia com os pequenos Estados insulares em desenvolvimento para explorar maneiras de suprir as necessidades de planejamento de recursos humanos e desenvolver equipes de saúde para fazer face às necessidades de atenção primária à saúde.

58. A Diretora disse que havia achado as observações dos Estados Membros bastante inspiradoras. Estava claro que elas davam grande ênfase à cobertura universal de saúde e ao aspecto central dos sistemas de saúde baseados na atenção primária e que exigiriam o apoio da Repartição para enfrentar as questões referentes a recursos humanos, como a garantia da disponibilidade de profissionais bem capacitados, motivados, devidamente distribuídos e dotados da orientação apropriada para atuar na atenção primária à saúde. Além disso, como a Organização fez avanços na implementação dos seus planos para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis, haveria a necessidade de assegurar uma nova combinação de qualificações e novas competências. Também seria importante uma maior coordenação entre os ministérios da saúde e instituições de ensino visando à formação dos profissionais de saúde necessários. Essas eram questões que teriam de ser enfrentadas para alcançar a cobertura universal de saúde com orçamentos que fossem administráveis.

59. O Conselho adotou a Resolução CD52.R13 sobre esse tema.

Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (Documento CD52/7, Rev. 1)

60. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou sobre a discussão, por esse Comitê, de uma versão anterior do plano regional de ação proposto (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 76 a 86), observando que o Comitê havia feito várias sugestões destinadas a estreitar o alinhamento do plano regional com o plano de ação global da OMS e com o quadro de monitoramento global abrangente para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis (DNTs). Ao mesmo tempo, o Comitê havia salientado a necessidade de adaptar as metas e indicadores mundiais às circunstâncias regionais e nacionais. O Comitê havia formado um grupo de trabalho para

revisar o plano, incorporando as diversas mudanças propostas, e, posteriormente, havia adotado a Resolução CE152.R15, endossando o plano de ação proposto conforme revisto pelo grupo de trabalho. Havia sido acordado que outras consultas sobre o documento seriam feitas nos meses anteriores ao 52º Conselho Diretor.

61. O Conselho acolheu o plano regional de ação proposto, que foi visto como um quadro sólido para reduzir as doenças não transmissíveis nas Américas. Os delegados observaram com satisfação que o plano foi fruto de um processo de consulta extenso entre os Estados Membros e que estava alinhado com a estratégia mundial e com o plano de ação da OMS, mas também refletia claramente as necessidades e prioridades regionais. A Repartição foi incentivada a trabalhar para que todos os países da Região acolhessem as metas mundiais voluntárias estabelecidas no âmbito do quadro de monitoramento global das doenças não transmissíveis. Sugeriu-se que a Região talvez devesse estudar a possibilidade de fixar algumas metas ainda mais ambiciosas. Vários delegados solicitaram o apoio da Repartição e dos Estados Membros para fortalecer os seus sistemas de informação e a sua capacidade de monitoramento e vigilância das doenças não transmissíveis, enquanto outros delegados disseram que os seus países estavam prontos para prestar essa assistência.

62. Foi afirmada a importância de enfoques baseados no governo como um todo e na sociedade como um todo ao abordar as doenças não transmissíveis, e foram louvadas as atividades contempladas na primeira linha de ação estratégica do plano (políticas multissetoriais e parcerias para a prevenção e o controle das DNTs). A ação multissetorial coordenada foi vista como fundamental para o êxito na implementação do plano de ação. Considerou-se de especial importância trabalhar com a indústria de alimentos de modo a abordar os fatores de risco das DNTs relacionados à alimentação. Frisou-se, porém, que devem ser adotadas salvaguardas para evitar conflitos de interesses e a influência indevida de entidades do setor privado e de outros atores não estatais. Assinalou-se que as lições extraídas do combate à indústria do tabaco poderiam ser instrutivas nesse sentido. Destacou-se a função da Repartição ao catalisar e mobilizar os esforços de uma variedade de setores e interessados diretos. O mecanismo mundial de coordenação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis (ver os parágrafos 69 a 74 abaixo) foi visto como uma parte integrante de um enfoque multissetorial. Também foi citado o valor dos mecanismos regionais e sub-regionais, como a iniciativa CARMEN (Ação Colaborativa para Prevenção de Fatores de Risco e Administração Eficaz de DNTs) e o Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNTs, para facilitar a colaboração multissetorial.

63. Foi salientada a importância de um enfoque em todo o ciclo de vida para a prevenção de DNTs, com diversos delegados destacando a importância de promover comportamentos saudáveis e desestimular os hábitos prejudiciais à saúde, sobretudo entre crianças e jovens para impedir o desenvolvimento de doenças não transmissíveis em etapas posteriores da vida. A sensação era a de que o plano de ação deveria dar mais

ênfase à sensibilização do público e à educação destinada a promover estilos de vida saudáveis. A importância do sobrepeso e da obesidade como fatores de risco para doenças não transmissíveis foi destacada e sugeriu-se que esse assunto deveria ser discutido pelos Órgãos Diretores em 2014.

64. Várias sugestões foram feitas com respeito aos indicadores propostos para o plano de ação, a saber: o indicador relacionado ao consumo prejudicial de álcool deveria estar de acordo com a estratégia mundial da OMS sobre esse tema; os indicadores relacionados ao tabagismo deveriam incluir o número e a porcentagem de países que haviam ratificado ou aderido à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e ao Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Fumo e que haviam adotado medidas previstas na Convenção, como a proibição do fumo em locais públicos e a inclusão de advertências e imagens ou pictogramas no rótulo dos produtos do fumo; e o plano deveria incluir indicadores relacionados à proteção financeira contra despesas catastróficas para o tratamento das doenças não transmissíveis e o fortalecimento da infraestrutura de saúde e capacitação dos recursos humanos na prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis no nível da atenção primária. Também foi sugerido que os indicadores constantes do plano deveriam ser atualizados após o Secretariado da OMS haver publicado as metas provisórias mundiais para 2015 e 2020. Assinalou-se que os indicadores deveriam ser flexíveis o bastante para que pudessem ser adaptados a contextos nacionais, e foi sugerido que um glossário deveria ser anexado ao plano de ação de modo a oferecer definições padronizadas dos conceitos e termos usados no plano e indicadores.

65. Representantes de três organizações não governamentais falaram, expressando o seu apoio ao plano de ação, destacando a importância do esforço sustentado para fortalecer o controle do tabagismo, enfatizando a necessidade de assegurar a atenção às doenças não transmissíveis na agenda de desenvolvimento pós-2015 e chamando a atenção para a crescente prevalência do mal de Alzheimer e outros distúrbios que envolvam a demência.

66. O Dr. Carlos Santos-Burgoa (Diretor Interino, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) afirmou que o plano de ação era resultado de um extenso processo de consulta e, portanto, refletia os pontos de vista de todos os Estados Membros, apresentados ao longo de várias reuniões virtuais e presenciais durante o ano anterior. Assegurou ao Conselho que a Repartição trabalharia para garantir que todos os países adotariam as metas globais voluntárias. Com respeito às sugestões sobre os indicadores, observou que se previa que os países usariam um dos três indicadores preferíveis identificados no quadro de monitoramento global para monitorar as reduções no consumo prejudicial de álcool. No tocante às sugestões sobre os indicadores relacionados ao tabaco, assinalou que, embora não fosse factível incorporar todos os indicadores associados com a Convenção-Quadro ao plano de ação, o indicador que havia sido incluído estava plenamente alinhado com a Convenção.

67. A Diretora disse que havia tomado nota das diversas solicitações de apoio da Repartição e das sugestões para aperfeiçoar o plano de ação. Naturalmente, a Repartição procuraria prestar a assistência solicitada, mas também tiraria partido da perícia disponível nos Estados Membros e se apoiaria na cooperação Sul-Sul para aumentar a sua cooperação técnica. Além disso, ela asseguraria que a questão do sobrepeso e obesidade fosse incluída nas agendas dos Órgãos Diretores em 2014.

68. O Conselho adotou a Resolução CD52.R9, aprovando o plano de ação.

*Consulta sobre o Mecanismo Mundial de Coordenação para a Prevenção e Controle de Doenças não Transmissíveis*⁵

69. O Dr. Santos-Burgoa recordou que a Resolução WHA66.10 havia instado a Diretora-Geral a elaborar propostas de termos de referência para um mecanismo mundial de coordenação, conforme delineado no Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020. O objetivo do mecanismo era facilitar a participação entre os Estados Membros; agências, fundos e programas das Nações Unidas; e atores não estatais, como organizações não governamentais, entidades do setor privado selecionadas e instituições acadêmicas, e, ao mesmo tempo, proteger a OMS e a saúde pública de influências indevidas decorrentes de qualquer forma de conflito de interesses real ou potencial, ou da percepção de conflito dessa natureza. As propostas de termos de referência deveriam ser elaboradas em consulta com os Estados Membros por meio dos comitês regionais. Desse modo, solicitou-se aos Estados Membros que apresentassem as suas opiniões durante o 52º Conselho Diretor. Especificamente, foi solicitado que respondessem a sete perguntas incluídas, junto com as propostas de termos de referência, em um documento de trabalho elaborado pelo Secretariado da OMS e disponibilizado no website do Conselho Diretor.⁶

70. Para facilitar e estimular uma forte resposta regional, a Repartição havia elaborado uma pesquisa on-line, disponível através das representações nos países da OPAS/OMS, à qual os Estados Membros e outros interessados diretos poderiam responder até 28 de outubro de 2013. A Repartição compilaria os comentários recebidos durante o processo regional de consulta e os apresentaria à OMS como uma resposta regional consolidada. Em seguida, o Secretariado da OMS redigiria uma nova versão, incorporando os comentários recebidos das regiões, para ser discutida durante uma reunião formal em Genebra, em novembro de 2013. Posteriormente, o Secretariado da OMS finalizaria os termos de referência, que seriam apresentados por meio do Conselho Executivo da OMS à Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2014 para aprovação.

⁵ Um relatório mais detalhado acerca das opiniões apresentadas nas consultas regionais sobre o mecanismo mundial de coordenação será elaborado pela Repartição Sanitária Pan-Americana e submetido ao Secretariado da OMS.

⁶ http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=22895&Itemid=270&lang=es

71. Na discussão do Conselho, os delegados expressaram o seu apoio aos princípios, funções e participantes propostos do mecanismo mundial de coordenação e à proposta de que a OMS devesse servir como seu secretariado. Enfatizou-se que o mecanismo deveria ser flexível, transparente e voltado para ações, e que deveria apoiar a consecução das metas mundiais voluntárias, promover a colaboração multissetorial inovadora e demonstrar e avaliar novas formas de trabalho. A fim de atrair a participação de fora do setor da saúde, considerou-se importante mostrar como o mecanismo de coordenação poderia agregar valor e o que ele poderia fazer que outras entidades mundiais não poderiam.

72. Vários outros princípios e funções foram sugeridos, inclusive combater o estigma e a discriminação relacionados às DNTs, assegurando a proteção das populações vulneráveis às DNTs ou com maior risco de desenvolvê-las e apoiando a formulação de políticas tendentes à promoção da saúde e à redução de fatores de risco das DNTs. Sugeriu-se que deveriam ser estabelecidos grupos de trabalho iniciais para tratar dos seguintes temas: alimentação saudável e promoção da atividade física; controle do álcool e do tabagismo; vigilância, monitoramento, avaliação e pesquisa das DNTs; promoção, comunicação e educação sobre a saúde e as DNTs; mobilização de recursos; promoção da causa, estigma e discriminação; e determinantes sociais da saúde e o seu impacto sobre as DNTs. Com relação a este último tema, salientou-se que os esforços para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis não poderiam ser bem-sucedidos a menos que os determinantes da saúde fossem abordados por meio de um enfoque que abrangesse toda a sociedade e a totalidade do governo. Também foi sugerido que se deveria estabelecer um grupo de trabalho para a Região das Américas com o objetivo de facilitar a coordenação e as sinergias entre os diversos mecanismos e iniciativas relacionados às doenças não transmissíveis, bem como assegurar que a Região pudesse participar de forma decisiva nas discussões do mecanismo mundial de coordenação.

73. Frisou-se que a participação dos atores não estatais no mecanismo mundial de coordenação deveria ser regida pelos princípios abrangentes acordados no âmbito da reforma da OMS para o envolvimento com esses atores. Destacou-se a necessidade de parâmetros claros para determinar o que constituía um conflito de interesses real ou potencial, ou a percepção de conflito dessa natureza. Manifestou-se o apoio à participação de uma ampla gama de atores, zelando para que nenhum fosse excluído *a priori*, salvo a indústria do tabaco.

74. O Dr. Santos-Burgoa incentivou os Estados Membros que não haviam manifestado as suas opiniões durante a discussão do Conselho a responder à pesquisa on-line e reiterou que a Repartição compilaria todos os comentários recebidos e os apresentaria ao Secretariado da OMS.

Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas na América Central (Documento CD52/8)

75. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) resumiu a discussão desse Comitê sobre o tema (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 102 a 106), observando que o Comitê havia acolhido a atenção da OPAS à doença renal túbulo-intersticial crônica e enfatizado a necessidade de pesquisa a fim de obter mais informações sobre as causas e a extensão da doença. O Comitê também havia realçado a importância do fortalecimento dos sistemas de saúde para permitir-lhes tratá-la com eficácia. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R4, recomendando que o Conselho Diretor adotasse o projeto de resolução contido no Documento CD52/8.

76. No debate que se seguiu, o Conselho manifestou o seu agradecimento pelo fato de o documento conceitual reconhecer a necessidade de preencher as lacunas no conhecimento sobre a forma da doença renal crônica em questão, uma vez que a sua etiologia não estava vinculada às causas usuais da doença renal e que a sua ocorrência vinha aumentando. Concordou-se que a doença renal crônica nas comunidades agrícolas da América Central exigia estratégias destinadas a reorganizar o atendimento, fortalecendo as capacidades dos recursos humanos e reduzindo os custos do tratamento, inclusive a terapia de substituição renal. Reconheceu-se que a doença renal crônica era um grave problema de saúde pública e que era necessário que os diversos setores, ministérios e organizações envolvidos trabalhassem em conjunto para enfrentar a situação.

77. Delegados de países onde a doença estava ocorrendo descreveram estudos que haviam sido ou estavam sendo feitos, não raro com a ajuda de outros países da Região ou mesmo de muito longe, como o Sri Lanka, onde uma forma semelhante da doença havia sido identificada. Concordou-se que tal cooperação entre países deveria continuar e ser fortalecida. Os delegados dos países afetados também descreveram os esforços que estavam sendo feitos para controlar ou tratar a doença. Observou-se que enormes quantias estavam sendo gastas em diálise, mas isso não estava reduzindo o problema de maneira significativa; nesse meio tempo, a procura por tratamento e os respectivos custos estavam aumentando.

78. Observando que a doença afetava desproporcionalmente as populações vulneráveis, os delegados louvaram a ênfase na vigilância direcionada e outros esforços dentro dos grupos em risco. Também respaldaram a necessidade de abordar o problema de saúde pública por meio de ações multissetoriais coordenadas, em consonância com as ações delineadas nos planos de ação mundiais e regionais para prevenir e controlar as doenças não transmissíveis. Apontou-se que os ministérios da saúde teriam de desempenhar um papel importante, mas que os ministérios da agricultura e do meio ambiente também precisariam participar.

79. Considerou-se que era urgente fazer intensas pesquisas sobre as causas subjacentes da doença, com o objetivo de criar modelos de gestão de risco e apoiar o desenvolvimento de sistemas de informação. Embora a doença parecesse estar restrita à América Central, os delegados recomendaram que os Estados Membros de fora dessa sub-região deveriam ser incentivados a estabelecer sistemas de vigilância ou examinar os dados locais de modo a excluir modelos semelhantes e identificar outras possíveis causas da doença renal crônica. Um delegado perguntou quanto do valor estimado de \$1,7 milhão necessário para implementar a resolução em 2014-2015 poderia ser incluído nas atividades já programadas usando recursos humanos já existentes.

80. O Dr. James Fitzgerald (Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) expressou seu agradecimento pelas contribuições para o documento. Ele havia sido apresentado ao Comitê Executivo com pouquíssima antecedência, e os comentários e a orientação oferecida pelos Estados Membros durante a discussão no Conselho certamente serviriam para melhorá-lo. Esses comentários haviam deixado muito clara a necessidade de ação intersetorial e do trabalho de todos os governos com seus parceiros. Além disso, haviam destacado questões relacionadas à coordenação, mobilização de recursos e planejamento, assim como a necessidade de monitoramento, avaliação, vigilância e pesquisa.

81. A Diretora reconheceu o papel da Delegada de El Salvador ao chamar a atenção para a questão da doença renal crônica decorrente de causas não tradicionais, observando que ainda não se conhecia a extensão total do problema, mesmo na América Central. Havia alguns indícios de fatores etiológicos, mas a etiologia completa da doença ainda precisava ser identificada. Também faltava conhecer por inteiro o impacto socioeconômico da doença sobre a população da Região. Sabia-se que o fenômeno da doença renal crônica estava impondo um peso cada vez maior sobre os serviços de saúde dos países, pois a diálise renal era uma intervenção de longo prazo e alto custo. Além disso, em vez de investir na melhoria da atenção primária, os sistemas de saúde estavam sendo obrigados a transferir recursos para o tratamento dessa doença.

82. Na opinião da Diretora, era necessária uma ampla coalizão de pesquisadores investigando todas as informações epidemiológicas e toxicológicas sobre a doença e envolvendo toda a sub-região da América Central, com a participação de países dessa sub-região e de outras. Ela reconheceu com gratidão que alguns países de fora da sub-região já haviam prestado assistência. O Conselho havia deixado bem claro que era necessária uma ação multissetorial. O Conselho de Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA) havia iniciado uma discussão sobre a questão e agora ela precisava ser levada ao nível político mais alto na sub-região centro-americana, de modo a assegurar a liderança política necessária para permitir ao setor da saúde enfrentar o problema.

83. O Conselho adotou a Resolução CD52.R10, instando os Estados Membros, entre outras coisas, a promover o planejamento e a implementação de temários de pesquisa nacionais e regionais para a doença renal crônica, de modo a fechar a lacuna em termos de conhecimento e reforçar a vigilância da doença renal crônica, com ênfase nas populações em risco e nas comunidades.

Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização (Documento CD52/9)

84. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) resumiu a discussão desse Comitê sobre o tema (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 87 a 93). Informou que o Comitê havia acolhido o enfoque proposto no Documento CD52/9, expressando apoio, em particular, à ênfase em critérios diferentes da relação custo-benefício e ao estabelecimento e fortalecimento de Grupos Técnicos Assessores Nacionais sobre Imunização para reforçar a tomada de decisões fundamentadas e baseadas em evidências no tocante à política de imunização. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R5, recomendando que o Conselho Diretor adotasse o projeto de resolução contido no Documento CD52/9.

85. No debate que se seguiu, o Conselho acolheu a proposta de política apresentada no Documento CD52/9. Foi assinalado que um dos elementos cruciais para manter os ganhos obtidos até o momento na Região na prevenção e controle das doenças imunopreveníveis seria a formulação de políticas baseadas em evidências dentro dos programas nacionais de vacinação. Os delegados comentaram que a resolução adotada com respeito aos princípios do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas (ver os parágrafos 112 a 120 abaixo) os ajudaria nas suas negociações com as autoridades financeiras dos seus países, pois oferecia a garantia de que os países da Região poderiam obter vacinas pelo preço mais baixo possível.

86. Manifestou-se apoio à ampliação da implementação da iniciativa ProVac para ampliar a capacidade dos Estados Membros para gerar evidências econômicas, uma vez seria necessário priorizar os recursos quando os países considerassem a adoção de vacinas novas e, de modo geral, caras. Concordou-se que as políticas de imunização deveriam se basear em considerações outras que não os aspectos técnicos e a relação custo-benefício, e que elas também deveriam levar em consideração questões operacionais pragmáticas, a viabilidade financeira e a sustentabilidade no longo prazo, assim como questões sociais como a equidade. Também se considerou essencial que se tivessem em mente as características dos países, inclusive a carga de morbidade, a capacidade do programa de vacinação, a análise da relação custo-benefício e da eficácia, e prós e contras do ponto de vista orçamentário.

87. Embora tenham aplaudido a ênfase dada aos Grupos Técnicos Assessores Nacionais sobre Imunização (NITAGs) para melhorar a tomada de decisões baseadas em

evidências com vistas à política de imunização, os delegados observaram que, especialmente nos países pequenos em que um comitê de nível nacional carecia de uma massa crítica, grupos regionais poderiam prestar uma assistência considerável. Alguns delegados manifestaram a vontade dos seus governos de oferecer apoio técnico aos grupos de ajuda técnica nacionais na Região. Instou-se a Repartição a continuar a prestar apoio técnico aos Estados Membros — sobretudo por intermédio da iniciativa ProVac — à medida que estes buscavam tomar decisões baseadas em evidências sobre a adoção de vacinas novas e subutilizadas.

88. Os delegados descreveram os processos decisórios dos seus governos no campo da imunização, como o estabelecimento de comitês técnicos assessores e a consideração dos custos e benefícios de introduzir novas vacinas. Alguns fizeram referência aos grandes desafios que ainda precisavam ser resolvidos — como melhorar a cadeia de refrigeração e aumentar a disponibilidade de pessoal operacional — para que o objetivo da universalização da cobertura da vacinação fosse alcançado. Alguns também mencionaram que os seus países reconheciam que a obtenção de evidências às vezes podia ser um processo lento e que a memória institucional podia se perder em decorrência da mobilidade do pessoal. Em consequência, apoiaram a criação de comitês assessores para assegurar a continuidade das recomendações de política.

89. A Dra. Gina Tambini (Diretora, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) observou que a política proposta estava relacionada com a política da OPAS sobre a pesquisa para a saúde e constituía um passo prático e eficaz rumo a um enfoque baseado na avaliação da tecnologia em saúde. Observou também que bons avanços haviam sido obtidos nessa área em vários países na Região.

90. O Conselho adotou a Resolução CD52.R14 sobre esse tema.

Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (Documento CD52/10)⁷

91. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado um relatório de progresso sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e havia sido informado de que o Secretariado da OMS havia solicitado a todos os comitês regionais que discutissem os critérios propostos para a prorrogação do prazo para o cumprimento dos requisitos básicos de capacidade previstos no Regulamento. Assim, o tema havia sido incorporado à agenda do 52º Conselho Diretor.

92. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA), observando que 29 dos 35 Estados signatários do RSI na

⁷ Um relatório mais detalhado acerca das opiniões apresentadas nas consultas regionais sobre os critérios propostos para obter uma prorrogação do estabelecimento das capacidades básicas do RSI será elaborado pela Repartição Sanitária Pan-Americana e submetido ao Secretariado da OMS.

Região haviam solicitado uma prorrogação do prazo original de junho de 2012 para junho de 2014, disse que os relatórios apresentados pelos Estados signatários da Região entre 2011 e 2013 indicavam que, de modo geral, embora houvessem sido feitos avanços no estabelecimento das capacidades básicas, as capacidades necessárias com relação aos incidentes de natureza química e radiológica ainda não haviam sido implementadas na maioria dos países. Previa-se que vários Estados signatários solicitariam uma nova prorrogação, por dois anos, do prazo para o estabelecimento das capacidades básicas.

93. A OMS havia proposto critérios para conceder uma extensão adicional de dois anos. Os critérios haviam sido examinados pela 132^a reunião do Conselho Executivo da OMS, que não havia feito objeções aos critérios propostos, mas havia sentido que seria benéfico se eles fossem considerados novamente pelos Estados signatários durante as sessões dos comitês regionais. Os critérios propostos apareceram no Documento CD52/10. Os Estados signatários também foram convidados a apresentar as suas sugestões com respeito aos procedimentos, métodos e ferramentas a serem usados para monitorar o andamento da implementação do Regulamento e informar sobre ele, em particular após junho de 2016.

94. A Repartição compilaria as opiniões expressas durante a discussão do Conselho, a qual seria apresentado à 134^a sessão do Conselho Executivo da OMS.

95. No debate que se seguiu, os delegados afirmaram o compromisso dos seus governos com a implementação completa do Regulamento Sanitário Internacional e fizeram várias sugestões detalhadas para assegurar que todos os Estados signatários pudessem estabelecer e manter as capacidades básicas necessárias. Em especial, foi sugerida a criação de um mecanismo para identificar os obstáculos, necessidades e lacunas em termos de recursos que os países enfrentavam e formular estratégias para resolvê-las mediante o fortalecimento das capacidades de cada país e a formação de alianças entre países. Também foi sugerida a criação de uma ferramenta para monitorar a manutenção das capacidades básicas e identificar qualquer reversão dos ganhos obtidos para que fossem tomadas medidas corretivas. A esse respeito, também foi sugerida a possibilidade de estabelecer um órgão de vigilância ou monitoramento. Além disso, sugeriu-se que a Repartição deveria implementar uma base de dados de conhecimentos técnicos e melhores práticas com relação ao Regulamento e fortalecer a cooperação entre os países para a sua implementação.

96. O Delegado da Argentina, falando também em nome do Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela (República Bolivariana da), propôs um projeto de resolução recomendando que os critérios para a concessão da prorrogação até 15 de junho de 2016 deveriam ser os mesmos que os aplicados à concessão da prorrogação do prazo original de junho de 2012 para junho de 2014. O projeto de resolução também sugeria que o Comitê de Análise do RSI deveria analisar as possíveis razões para o nível de progresso alcançado até o momento na implementação do

Regulamento e propor opções para a institucionalização das capacidades básicas necessárias.

97. Em resposta às opiniões apresentadas, o Dr. Espinal e a Dra. Isabelle Nuttall (Diretora, Capacidades, Alerta e Resposta Mundiais, Departamento de Segurança Sanitária e Meio Ambiente, OMS) salientaram a importância do monitoramento das capacidades básicas e do trabalho contínuo para mantê-los após a sua implementação. A Dra. Nuttall sugeriu que os planos dos Estados signatários para a implementação do RSI deveriam conter disposições assegurando a sustentabilidade das capacidades básicas. Ela afirmou que o Secretariado da OMS continuava empenhado em apoiar todos os Estados signatários na implementação do Regulamento. A Diretora disse que havia tomado nota das diversas sugestões sobre como a RSPA poderia apoiar melhor os Estados signatários na Região e assegurou ao Conselho que a Repartição trabalharia nessas sugestões.

98. A resolução proposta pela Argentina foi reformulada posteriormente na forma de uma proposta de decisão copatrocinada pelos países membros da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), as Bahamas e Barbados. O Conselho adotou o texto reformulado na forma da Decisão CD52(D5), apoiando a inclusão dos novos planos de implementação, propostos pelo Secretariado da OMS, dos elementos (i) e (iii) dos critérios propostos constantes do Documento CD52/10; incentivando a inclusão dos elementos (ii) e (iv), mas observando que a sua inclusão seria opcional para os Estados signatários; e solicitando à Diretora que identificasse recursos para organizar um encontro regional das autoridades responsáveis pela implementação do Regulamento de modo a continuar a discutir os procedimentos, métodos e ferramentas para o monitoramento da implementação do RSI e informação a esse respeito após 2016. O Delegado da Argentina disse que o seu governo teria prazer em sediar a reunião regional na Argentina, em março de 2014.

Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas (Documento CD52/11)

99. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou sobre a discussão do Comitê Executivo acerca de uma versão anterior do documento sobre esse tema (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 94 a 101), observando que o título original desse documento era “Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas” e que o Comitê havia recomendado que o título fosse mudado para “Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas”, de modo a refletir melhor o amplo alcance da cooperação proposta. O Comitê havia acolhido a política proposta e manifestado seu apoio, em especial, ao intercâmbio de conhecimento e melhores práticas. Destacou-se a importância de formar a capacidade das instituições nacionais e tirar partido da perícia já disponível nos países da Região. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R13, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse a política sobre

a cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas conforme contida no Documento CD52/11.

100. No debate que se seguiu, o Conselho acolheu a proposta, observando que, conforme descrita, a cooperação não apenas permitiria fortalecer as políticas e resultados de saúde, mas também levar a um estreitamento das relações entre os países, intercâmbio de conhecimento e melhoria do entendimento das diversas culturas. A sensação era a de que, com a aplicação criativa de novas formas de cooperação, os países poderiam contribuir de forma mais eficaz para o desenvolvimento e elevar os níveis da saúde dos seus povos. Os delegados frisaram a importância dos princípios que servem de base para as formas de cooperação propostas no documento: a solidariedade, o benefício mútuo, o respeito à soberania e diversidade nacionais e, acima de tudo, a não condicionalidade. Assinalou-se que foi especialmente importante explorar as possibilidades de cooperação Sul-Sul no contexto atual, em que muitas organizações doadoras estavam reduzindo as suas atividades na Região porque vários países haviam sido classificados como países de renda média.

101. Também se considerou importante que a OPAS mantivesse a sua função de facilitadora da cooperação entre os seus Estados Membros, abrangendo o uso das ferramentas técnicas, a promoção de parcerias e a mobilização de recursos para promover o intercâmbio das melhores práticas e fortalecer as capacidades nacionais. Esta última ação foi considerada particularmente necessária em uma Região com disparidades tão altas entre os países em recursos e resultados em termos de saúde. A mobilização de recursos foi vista como uma tarefa essencial para estabelecer a cooperação Sul-Sul e triangular, e os delegados instaram a Organização a fazer todo o possível para ligar os Estados Membros aos doadores. Foi apontado que a Repartição também tinha uma função importante na coordenação da cooperação, em que múltiplos atores estavam envolvidos. Os delegados descreveram os projetos em que estavam envolvidos com outros países ou em outros países, inclusive na prestação de serviços médicos e formação médica.

102. Vários delegados salientaram a necessidade de melhorar os métodos e diretrizes para avaliar as formas de cooperação técnica e científica entre os países, usando indicadores e/ou mecanismos que permitissem acompanhar e analisar o impacto dos projetos. Outros sugeriram maneiras de financiar a cooperação entre países, passando pelo uso de mecanismos de financiamento inovadores, como impostos sobre viagens aéreas, transações financeiras ou produtos nocivos.

103. Um delegado observou que embora a modalidade de cooperação técnica da OPAS entre países tenha beneficiado muitos Estados Membros ao longo dos anos, esses projetos haviam sido dificultados pelos lentos procedimentos burocráticos e, às vezes, haviam levado anos para se concretizarem. Sugeriu que uma avaliação dos processos atuais e a

identificação dos gargalos a serem resolvidos era necessária para que a política proposta tivesse um impacto significativo.

104. A Dra. Mariela Licha-Salomón (Assessora Sênior, Gabinete de Apoio ao Foco nos Países, RSPA) disse que a Repartição sempre havia tido como princípio orientador a promoção da cooperação entre os países a despeito do seu nível de desenvolvimento. Afirmou também que todos os Estados Membros da Organização haviam participado, em diferentes momentos, de projetos de cooperação com outros países, muitas vezes com o auxílio da Repartição e, assim, criando uma cooperação triangular. As diversas formas de cooperação, com ou sem a participação da RSPA, eram complementares entre si.

105. Com o objetivo de fortalecer a análise e melhorar a identificação de sinergias, a Repartição trabalhou em estreita coordenação com o Escritório das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul. Reconhecendo a solicitação de melhorias na avaliação do impacto dos projetos de cooperação, ela observou que a Repartição havia criado um portal de Internet através do qual representantes dos países eram convidados a enviar comentários. Havia uma pluralidade crescente de atores nos projetos cooperativos, inclusive do meio acadêmico e de outros setores não governamentais, cuja participação fora estimulada pela Repartição como forma de aumentar a riqueza e a diversidade dos projetos. Contudo, a Repartição sempre assegurou o respaldo aos projetos por algum órgão governamental. Isso era parte do motivo para os atrasos que às vezes ocorriam no lançamento dos projetos.

106. A Diretora disse que a Região havia demonstrado claramente, ao longo do tempo, que estava comprometida com a cooperação Sul-Sul e triangular em um espírito de solidariedade e pan-americanismo. Os comentários do Conselho deixavam evidente que os Estados Membros desejavam que essa modalidade de prestação de cooperação técnica fosse ampliada e sistematizada. As limitações de recursos que a Organização enfrentava criavam uma oportunidade real para a Repartição avaliar a sua experiência no envolvimento na colaboração Sul-Sul e triangular com vistas a torná-la um componente significativo da função de cooperação técnica da OPAS, aproveitando e usando o *know-how* no âmbito nacional e a perícia, recursos e relações que haviam sido desenvolvidos por meio do processo de integração sub-regional. Ela esperava trabalhar com os Estados Membros para fortalecer a função de cooperação Sul-Sul e triangular na ajuda aos países para que alcançassem as suas metas de saúde pública.

107. O Conselho adotou a Resolução CD52.R15, aprovando a política sobre a cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas.

Painel de Debates: A Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 (Documento CD52/12)⁸

108. O painel de debates sobre a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 foi organizado em conformidade com Resolução WHA66.11 (2013) da Assembleia Mundial da Saúde, que solicitou a todos os comitês regionais que discutissem o assunto e apresentassem um relatório sobre as suas discussões à Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde por intermédio do Conselho Executivo.

109. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) apresentou os panelistas: Dra. Margaret Chan, Diretora-Geral da OMS; Dra. Joy St. John, Diretora-Geral de Saúde, Ministério da Saúde, Barbados; Dr. Juan Ignacio Carreño, Presidente do Programa de Coordenação em Saúde Integral [*Programa de Coordinación en Salud Integral*] da Bolívia, e Dra. Carissa Etienne, Diretora da RSPA.

110. A Dra. Chan destacou as conclusões de uma consulta temática mundial sobre a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 organizada em Botsuana, de 4 a 6 de março de 2013, e delineou os pontos-chave constantes de um relatório elaborado pelo Painel de Alto Nível de Pessoas Eminentíssimas do Secretário Geral das Nações Unidas sobre a Agenda de Desenvolvimento Pós-2015. A Dra. St. John falou de suas percepções do progresso obtido rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nas Américas e sugeriu alguns “pontos para discussão” a fim de orientar os debates sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 na Região. O Dr. Carreño resumiu os resultados de uma consulta à sociedade civil feita na Bolívia acerca dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que também haviam sido apresentados nas consultas temáticas realizadas em Botsuana e na Guatemala. A Dra. Etienne, por sua vez, sublinhou a necessidade da firme defesa da causa por parte dos ministros da saúde da Região e da Repartição para garantir um lugar de destaque para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e destacou diversas questões que os Estados Membros das Américas desejavam que fossem tratadas no âmbito de uma meta geral de saúde a ser incluída na agenda pós-2015. Os textos dos comentários dos panelistas podem ser encontrados no website do 52º Conselho Diretor.

111. Na discussão do Conselho, assinalou-se que, de modo geral, embora houvessem sido obtidos bons avanços rumo ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na Região, o progresso havia sido desigual entre os países e os grupos populacionais nos países. A importância de continuar a buscar esses objetivos até que tivessem sido plenamente alcançados foi destacada, assim como a necessidade de seguir envidando esforços para corrigir as desigualdades e iniquidades e para erradicar a pobreza. A importância da cobertura universal de saúde de modo a garantir o acesso das

⁸ Um relatório mais detalhado acerca das opiniões apresentadas durante o painel de debates sobre a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 será elaborado pela Repartição Sanitária Pan-Americana e submetido ao Secretariado da OMS.

populações vulneráveis aos serviços de saúde também foi salientada, assim como a necessidade de abordar os determinantes sociais, culturais, econômicos e ambientais da saúde. A importância do foco nos jovens no período pós-2015 também foi enfatizada. Frisou-se que, para garantir um lugar central para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015, seria essencial que os formuladores de políticas entendessem que a saúde era um meio crucial de atingir o desenvolvimento sustentável e um indicador do sucesso. Além disso, deveriam compreender que o desenvolvimento humano formava a base para a consecução do desenvolvimento sustentável e que a saúde, por sua vez, formava a base para alcançar o desenvolvimento humano.

Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde (Documento CD52/17)

112. A Dra. María Isabel Rodríguez (El Salvador), ao apresentar o tema, elogiou o sucesso da Região na eliminação ou erradicação de algumas doenças e controle de outras. Ela observou que, assim como outros países, El Salvador havia declarado que a imunização era um bem público e havia pagado por suas vacinas sem subsídios nem doações. No entanto, seria muito difícil para o país conseguir fazer isso se não existisse o Fundo Rotativo, cujo sucesso foi resultado da adesão aos seus princípios de solidariedade, pan-americanismo e equidade no acesso. Foram esses princípios que permitiram aos pequenos países da Região, como El Salvador, obter vacinas pelo mesmo preço que os países grandes. Portanto, era motivo de preocupação que parceiros internacionais como a Aliança GAVI e a Fundação Bill e Melinda Gates, juntamente com a indústria farmacêutica, estavam cada vez mais exigindo exceções aos princípios de equidade, sobretudo os referentes ao preço mais baixo e ao preço único. Qualquer desvio desses princípios poderia solapar os avanços até o momento, atrasaria o progresso na adoção de novas vacinas, ameaçaria os programas de vacinação e poria em risco a participação de alguns países no Fundo. Assim, ela convocou os Estados Membros a apoiar um projeto de resolução reafirmando os princípios, em particular a equidade e o pan-americanismo, que regiam a operação do Fundo Rotativo.

113. A Dra. Gina Tambini (Diretora, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA), em resposta a um questionamento da delegada de El Salvador, apresentou uma visão geral do contexto em que operava o Fundo Rotativo. Em particular, dentro do princípio da igualdade de acesso, o Fundo oferecia vacinas aos Estados Membros participantes a um preço único e também celebrava contratos com os fornecedores de tal modo que o preço cobrado do Fundo fosse o mais baixo em qualquer lugar do mundo. Ela confirmou que, com a chegada de novos mecanismos de financiamento como a Aliança GAVI, a RSPA se viu pressionada, em certos casos, a abandonar essas duas disposições. Como a GAVI assistia apenas os países mais pobres, os fabricantes estavam propondo fornecer vacinas à GAVI a um preço inferior ao preço do Fundo Rotativo, mas não estavam dispostos a fazê-lo se então fossem obrigados, de acordo com as disposições contratuais com o Fundo, a oferecer esse mesmo preço baixo em todo o mundo. Com o

objetivo de apoiar os países pobres, o Fundo havia concedido exceções a essas duas disposições no caso das vacinas contra pneumococos, o rotavírus e o papilomavírus humano. A Repartição havia calculado que, durante os três anos anteriores, o total pago pelos Estados Membros por essas vacinas havia sido \$250 milhões superior ao preço pelo qual haviam sido fornecidas à GAVI.

114. O Fundo também estava sendo instado a instituir um sistema de preços diferenciados, segundo o qual o custo das vacinas para um país variaria de acordo com o seu PIB. Contudo, o temor era que essa disposição diferenciada poderia fazer com que alguns países deixassem de comprar certas vacinas, levando a um ressurgimento das doenças atualmente sob controle.

115. Embora uma grande maioria dos membros do Conselho apoiasse o projeto de resolução, os Delegados do Canadá, França, Haiti e Estados Unidos disseram que as suas delegações não poderiam formar o consenso em torno da resolução. Advertiram que o seu aspecto principal — a saber, que os financiadores e a indústria deveriam obrigatoriamente celebrar contratos com a OPAS segundo os princípios do Fundo Rotativo ou então não haveria contrato algum — implicava um alto risco de elevação dos preços das vacinas em todo o mundo, uma vez que o preço acordado pela RSPA se tornaria o preço mais baixo *de facto* em todo o mundo e os preços cobrados de outros países subiriam para se igualar a ele. Isso ameaçaria os esforços para reduzir o preço das vacinas para os países mais pobres, em particular da África. Embora concordassem que o pan-americanismo era importante e manifestassem o seu firme apoio ao Fundo Rotativo, também enfatizaram a importância da solidariedade com os povos vulneráveis do resto do mundo. Um delegado assinalou que a insistência no princípio do preço mais baixo poderia resultar na recusa de algumas empresas farmacêuticas a vender para o Fundo Rotativo, o que teria efeitos desastrosos para as metas de saúde dos países das Américas.

116. Esses quatro delegados também consideraram lamentável que uma questão de tal importância devesse ser empurrada para o Conselho com pouca antecedência, dando tempo insuficiente aos Estados Membros para considerar as suas implicações. Apelaram ao Conselho para diferir a ação sobre essa resolução até que se analisasse por inteiro as questões incluídas. O Delegado do Canadá propôs que o Conselho deveria adotar uma decisão de modo a inserir esse tema na agenda da 154^a Sessão do Comitê Executivo e solicitar à Diretora que iniciasse um diálogo com os representantes de mecanismos de financiamento e iniciativas internacionais de modo a identificar as opções para promover a oferta suficiente das vacinas para suprir as necessidades mundiais das populações-alvo, e informasse os resultados desse diálogo à 154^a Sessão do Comitê Executivo.

117. Contudo, a grande maioria das delegações frisou que os princípios do pan-americanismo e da solidariedade deveriam ser mantidos, conforme previsto no projeto de resolução, e que o Fundo Rotativo deveria insistir na compra de vacinas somente pelo preço mais baixo disponível onde quer que fosse e por um preço uniforme

para todos os países. Alegaram que qualquer acordo no sentido de atender as exceções ao princípio do preço mais baixo teria como efeito o aumento dos preços das vacinas nas Américas, o que teria um efeito prejudicial sobre os ganhos em saúde obtidos na Região. Manifestou-se a opinião de que esses avanços não deveriam ser postos em risco simplesmente para evitar um possível impacto negativo sobre os povos de outras regiões. Também se apontou que a adoção de uma escala diferenciada de preços infringiria o princípio do pan-americanismo.

118. A sensação foi a de que a existência de uma resolução do Conselho Diretor proibindo o Fundo Rotativo de operar de uma forma que fosse incompatível com as suas regras ofereceria à RSPA uma maneira de resistir à pressão no sentido das isenções. Alguns delegados sugeriram que deveriam ser buscadas negociações sobre essas questões com a indústria farmacêutica e os financiadores de vacina, manifestando a confiança na capacidade da administração da RSPA para chegar a acordos de preços que respeitariam os princípios do pan-americanismo e da solidariedade. Outros sugeriram que deveriam ser explorados mecanismos para manifestar a solidariedade aos povos de outras regiões.

119. A pedido da Delegada de El Salvador, apoiada pelo Delegado dos Estados Unidos, fez-se uma votação aberta sobre o projeto de resolução. De um total de 36 votos, 33 Membros votaram a favor da resolução e 3 votaram contra; em conformidade com o Artigo 46 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, os Membros que se abstiveram de votar foram considerados como se não houvessem votado. Portanto, a Resolução CD52.R5 foi aprovada.

120. A Diretora disse que respeitava o sentimento do Conselho Diretor, assegurando aos Estados Membros que a Repartição discutiria com a Aliança GAVI como os benefícios do Fundo Rotativo poderiam ser estendidos à GAVI e, por meio dela, a países além da Região das Américas.

Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans (Documento CD52/18)

121. O Dr. Nils Daulaire (Estados Unidos), ao apresentar o tema, disse que se sabia que a população LGBT enfrentava barreiras para obter acesso a atendimento de qualidade em virtude da estigmatização generalizada na sociedade em geral e nos sistemas de saúde. Essas barreiras podiam variar do comportamento desrespeitoso ou de ofensas nos ambientes da área da saúde à recusa completa de atendimento. No entanto, embora se soubesse que, em cada país do mundo, essas barreiras resultavam em resultados em termos de saúde piores para as pessoas LGBT do que para a população em geral, a falta de dados significava que os fatores que determinavam essa iniquidade na saúde ainda não eram compreendidos, o que impedia que os esforços e recursos necessários fossem direcionados para o problema. Assim, o projeto de resolução contido no Documento CD52/18 convocava os Estados Membros a coletar dados sobre o acesso das pessoas

LGBT à atenção à saúde e a serviços de saúde, com o objetivo de chegar a um melhor entendimento dos motivos por que, entre outras coisas, essas pessoas apresentavam taxas mais elevadas de depressão e abuso de álcool, as lésbicas e as bissexuais faziam uso dos serviços de saúde preventivos com menos frequência do que as heterossexuais e era menor a probabilidade de as pessoas trans terem acesso a seguro saúde em comparação com os heterossexuais ou as pessoas LGB. O Dr. Daulaire assinalou que a OPAS estava empenhada em abordar as necessidades em termos de saúde de todas as populações, inclusive das pessoas deixadas à margem da sociedade, e que ignorar o fato de que o status sexual era um determinante social da saúde significava aceitar que a discriminação contra alguns era aceitável. Se a OPAS excluísse a população LGBT do seu trabalho, parte da cobertura universal de saúde se tornaria uma ilusão.

122. O Conselho acolheu tudo as disposições do projeto de resolução, concordando que era necessário combater as iniquidades nos serviços de saúde no que respeitava às pessoas LGBT, iniquidades essas que, de modo geral, estavam arraigadas na estigmatização e na discriminação. A igualdade no acesso a serviços médicos de qualidade para todos era considerada uma questão de direitos humanos básicos. Manifestou-se apoio à coleta de dados para avaliar a escala do problema, desde que se tomassem as medidas preventivas apropriadas para resguardar a privacidade.

123. Vários delegados descreveram as disposições legais e regulamentares ou constitucionais em vigor nos seus países para prevenir a estigmatização e a discriminação contra a população LGBT do país e para obter igual acesso aos serviços de saúde em particular, levando em conta que uma resolução do Conselho sobre o tema ajudaria no cumprimento das disposições preventivas. Alguns delegados observaram que as pessoas LGBT poderiam estar sofrendo uma prevalência relativamente alta das infecções sexualmente transmissíveis. Outros convocaram os Estados Membros a dedicar mais recursos nacionais para combater a estigmatização e a discriminação, prevenir a violência de gênero e fortalecer os serviços de saúde de forma adequada.

124. O Delegado de São Vicente e Granadinas, apoiado por um pequeno número de outras delegações, disse que, embora estivesse pronto a formar o consenso em torno do projeto de resolução, seu Governo era da opinião de que o termo “expressão do gênero” não deveria ser usado na resolução porque ainda não se havia chegado a um acordo sobre uma definição internacionalmente aceita do termo. Com a questão dos direitos humanos das pessoas LGBT ainda em consideração nas Nações Unidas, ele acreditava que a OPAS deveria usar apenas a terminologia reconhecida ou aprovada pelas Nações Unidas. O Delegado dos Estados Unidos assinalou, porém, que o termo era usado no Plano Estratégico 2014-2019 da OPAS, no âmbito da categoria 3.

125. O Sr. Javier Vásquez (Assessor de Direitos Humanos, Escritório da Assessoria Jurídica, RSPA) confirmou que “expressão do gênero” era um termo reconhecido no direito internacional.

126. A Diretora disse que à luz da posição bastante firme da Região quanto ao acesso universal à atenção à saúde e à saúde como um direito humano, a recusa de atendimento de qualidade a qualquer grupo de indivíduos era uma questão que a OPAS deveria abordar. Ela acolheu a possibilidade de uma resolução sobre o item, acrescentando que a Repartição trabalharia com os Estados Membros para abordar as questões da coleta e análise de dados.

127. O Conselho adotou a Resolução CD52.R6 sobre esse tema.

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas (Documentos CD52/13 e Add. I)

128. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, desde a abertura da 152ª Sessão do Comitê Executivo, no dia 17 de junho de 2013, a arrecadação das contribuições fixas para 2013 havia somado \$14,8 milhões, o que correspondia a apenas 13,9% do total devido no ano. Em consequência, a Repartição havia sido obrigada a usar aproximadamente \$6 milhões em recursos do Fundo de Capital de Giro e outros recursos de caixa internos para custear a implementação do orçamento ordinário. O Comitê também havia sido informado de que, em junho, nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R1, agradecendo os Estados Membros que haviam feito pagamentos referentes a 2013 e instando os demais a saldar as contribuições ainda pendentes o quanto antes.

129. O Sr. Michael Lowen (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) explicou que o Documento CD53/13 refletia os recebimentos até 31 de julho de 2013 e que o seu Apêndice I continha informações atualizadas sobre os pagamentos recebidos até 23 de setembro de 2013. Desde aquela data, a Repartição havia recebido pagamentos adicionais de \$18.683 da Costa Rica, \$176.046 de Cuba, \$16.354 de Sint Maarten e \$1.142 do Reino Unido.

130. Até 17 de setembro de 2013, as contribuições arrecadadas relativas às cotas do ano corrente somavam \$51,9 milhões, o que representava apenas 49% do total de \$106,2 milhões devido em 2013; \$54,4 milhões continuavam pendentes em relação a 2013. Um total de 22 Estados Membros havia pagado integralmente as suas cotas de 2013, 10 haviam feito pagamentos parciais e outros 10 não haviam feito os pagamentos das suas cotas do ano corrente. Dos 20 que não haviam pagado integralmente as suas quotas de 2013, cinco Estados Membros respondiam por 97,5% do saldo pendente. O Sr. Lowen destacou que o recebimento das contribuições fixas em tempo hábil garantiria um fluxo de caixa previsível para a Organização, observando que, em consequência do atraso no recebimento das contribuições fixas de 2013, a Organização tinha um déficit de caixa

líquido no orçamento ordinário de \$16,6 milhões, o que havia esgotado totalmente o Fundo de Capital de Giro.

131. A Diretora apelou aos Estados Membros que assegurassem que a Repartição pudesse cumprir as responsabilidades que eles haviam atribuído a ela. Ela agradeceu os Estados Membros que haviam apoiado a Repartição nos seus esforços para cumprir essas responsabilidades, acrescentando que a Repartição esperava trabalhar com os Estados Membros para fazer mais com menos.

132. O Conselho adotou a Resolução CD52.R1, manifestando o seu agradecimento aos Estados Membros que já haviam feito os pagamentos referentes a 2013 e instando todos os Estados Membros a cumprirem as suas obrigações financeiras com a Organização de forma ágil.

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

133. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) resumiu as discussões desse Comitê sobre os relatórios da Diretora e do Auditor Externo (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 111 a 126), observando que o Comitê havia sido informado de que o Auditor Externo não havia encontrado deficiências nem erros que fossem considerados relevantes para a precisão ou completude das contas da Organização e que, portanto, havia emitido um parecer de auditoria sem ressalvas. O Comitê havia endossado as recomendações do Auditor Externo e incentivado a Repartição a implementá-los e considerá-los uma oportunidade para aumentar a eficiência e a eficácia nas operações da OPAS; melhorar os seus sistemas, processos e procedimentos; e reforçar a sua gestão, controles internos e transparência. Os delegados haviam chamado atenção, em especial, para as recomendações sobre o risco cambial, a capacitação do pessoal nas Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), cartas de acordo, cursos e seminários, inexigibilidade de licitação, e o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA e a estrutura de gestão de riscos corporativos.

134. Na discussão do Conselho, os delegados endossaram a recomendação do Auditor Externo com respeito à implementação, em tempo hábil, do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) e procuraram confirmar se os riscos identificados estavam sendo resolvidos. Incentivaram o Diretor a dar seguimento às recomendações do Auditor Externo com respeito à gestão dos riscos corporativos, sobretudo em relação ao aumento do número de pessoas na Repartição com os conhecimentos técnicos necessários e responsabilidade pelo sucesso da implementação do sistema. Um delegado destacou os riscos em potencial no campo dos recursos humanos, especialmente em decorrência da iminente aposentadoria de um grande número de funcionários, e sugeriu que a Organização deveria ter um plano de pessoal mais abrangente para o futuro. Também sugeriu que o presente formato dos relatórios rescisórios não era suficiente para transmitir

o conhecimento institucional para o pessoal novo. Em busca de mais informações sobre a revisão do Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução (PALTEX), ele perguntou se o uso de tecnologias modernas de comunicação não melhoraria a relação custo-benefício desse programa. Além disso, insistiu que as principais recomendações do Auditor Externo deveriam ser incorporadas ao Plano Estratégico 2014-2019, sobretudo nas áreas de recursos humanos, atualização dos processos administrativos e prestação de contas.

135. O Sr. Michael Lowen (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) confirmou que a Repartição estava examinando a estrutura de gestão de riscos corporativos, com vistas a projetar um sistema verdadeiramente robusto. Também confirmou que o relatório rescisório estava sendo analisado e que estava em curso uma revisão a fundo dos aspectos financeiros e técnicos do programa PALTEX.

136. A Diretora frisou que a Repartição havia sido bastante proativa na resposta às recomendações tanto do Auditor Externo como dos auditores internos da Organização. Havia sido mantidas reuniões com os gestores de alto escalão, e um plano de ação havia sido formulado para tratar de cada uma das recomendações. Com respeito ao PMIS, as informações coletadas indicavam que a implementação de um sistema de planejamento de recursos empresariais era uma decisão muito arriscada e que a maioria das tentativas nesse sentido não eram muito bem-sucedidas. Em consequência, a Repartição havia investido tempo considerável no planejamento e no trabalho de base necessário. Ela e o restante da direção executiva estavam em comunicação constante com o pessoal responsável pela implementação, e existia uma equipe apropriada para o projeto.

137. A Repartição havia informado o Comitê Executivo da sua intenção de encetar um plano integral de recursos humanos para apoiar o Plano Estratégico 2014-2019. O processo de planejamento levaria em consideração as necessidades atuais da Organização, a necessidade de reorientação das suas competências técnicas e o planejamento necessário da sucessão. A primeira etapa havia sido mapear todos os recursos humanos da Organização, tanto temporários como permanentes. Alguns Governos já haviam se prontificado a ajudar nessa tarefa. Uma auditoria do programa PALTEX já havia sido concluída e, na verdade, havia algumas preocupações a serem sanadas na área dos custos e benefícios. Outros resultados seriam comunicados em reuniões futuras dos Órgãos Diretores.

138. O Conselho tomou nota do relatório financeiro da Diretora e do relatório do Auditor Externo.

Modificações do Regulamento Financeiro da OPAS (Documento CD52/14)

139. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado várias propostas de mudança no Regulamento Financeiro

que permitiriam a retirada de recursos de um orçamento bienal até três meses após o fim do biênio para pagar pelo trabalho para o qual houvesse sido celebrado um contrato no referido biênio. O objetivo seria resolver um problema contábil que surgia quando serviços ou atividades iniciados em um biênio não eram concluídos até o biênio seguinte. O Comitê havia adotado a Resolução CE152.R8, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse as emendas propostas ao Regulamento Financeiro.

140. O Conselho adotou a Resolução CD52.R2, aprovando as emendas propostas ao Regulamento Financeiro.

Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros (Documento CD52/15)

141. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado um projeto para aumentar a taxa cobrada pela Repartição para as suas atividades de compras de provisões em nome dos Estados Membros do nível atual de 3,5% para 4,25%. A finalidade do aumento seria evitar o subsídio de atividades de compras do orçamento ordinário da Organização. O Comitê havia acolhido o aumento proposto, mas havia manifestado a preocupação de que ele talvez não fosse suficiente. A Resolução CE152.R3 havia sido adotada, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o aumento proposto e que a taxa fosse reexaminada ao fim de cada biênio (para mais detalhes da discussão do Comitê sobre esse tema, ver o Documento CE152/FR, parágrafos 136 a 141.)

142. No debate que se seguiu, várias delegações falaram firmemente a favor do aumento proposto como um passo à frente para pôr fim ao subsídio das atividades de compras do orçamento ordinário da Organização. Contudo, um delegado observou que, se um país de renda média como o seu fosse um grande comprador de vacinas e dependesse das economias de escala pagas pelos mecanismos de compras da OPAS, o aumento proposto representaria uma dificuldade significativa, que talvez reduzisse a quantidade de vacinas que o país poderia comprar. Outro delegado sugeriu que, dada a importante função desempenhada pelo Fundo Rotativo, o seu nível deveria, na verdade, ser elevado, mas que também se deveria encontrar maneiras de ajudar esses países que estivessem enfrentando dificuldades para arcar com o custo das provisões. Ele assinalou que, com essa medida, a OPAS estaria servindo de modelo para outras regiões da OMS.

143. A Sra. Florence Petizon (Diretora, Departamento de Compras e Gestão de Suprimentos, RSPA), observando que os mecanismos de compras eram os pilares da cooperação técnica em imunização e na ampliação do acesso a medicamentos essenciais, disse que, no momento, a Repartição estava lançando mão de subsídios cruzados nas suas atividades de compras não apenas do orçamento ordinário, mas também de fundos extraorçamentários. A Repartição acreditava que alcançar a autossustentabilidade dos

mecanismos de compras era crucial para assegurar a oferta contínua de provisões de saúde pública essenciais de alta qualidade e eficazes.

144. A Diretora assinalou que mesmo com o aumento proposto, a compra das vacinas e provisões estratégicas continuaria a ser subsidiada fora do orçamento da Organização. Esse era o motivo para a solicitação do Comitê Executivo de que a questão fosse examinada novamente em 2015, especialmente considerando a redução tanto do orçamento ordinário como das contribuições voluntárias.

145. O Conselho adotou a Resolução CD52.R12, aprovando o aumento proposto e solicitando que a taxa fosse examinada novamente ao fim de cada biênio.

Prêmios

Prêmio Sérgio Arouca pela Excelência em Atenção Universal à Saúde

146. A Sra. Elly Brtva (Presidente Interina e Gerente Geral, Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação [PAHEF]) recordou que, ao longo de 45 anos, a Fundação havia estado associada à OPAS para impulsionar o objetivo comum de proteção da vida e melhoria da saúde nas Américas. Como parte dessa parceria, vários prêmios pela excelência na saúde pública interamericana eram apresentados a cada ano

147. A Sra. Brtva explicou que o Prêmio Sérgio Arouca pela Excelência em Atenção Universal à Saúde estava sendo apresentado em caráter póstumo ao Dr. Santiago Renjifo Salcedo, da Colômbia, e ao Dr. José Lima Pedreira de Freitas, do Brasil.

148. Os representantes legais dos Drs. Renjifo Salcedo e Lima Pedreira de Freitas receberam a premiação em seu nome.

Prêmio Abraham Horwitz pela Excelência na Liderança Interamericana em Saúde

149. A Sra. Brtva recordou que o Prêmio Abraham Horwitz pela Liderança Interamericana em Saúde havia sido estabelecido em homenagem ao Dr. Abraham Horwitz, ex-diretor da OPAS e, mais tarde, presidente da PAHEF. O prêmio reconhecia uma liderança que houvesse mudado vidas e melhorado a saúde dos povos das Américas.

150. O Prêmio Abraham Horwitz de 2013 foi concedido ao Dr. Julio Frenk, atualmente Decano do Corpo Docente, Escola de Saúde Pública de Harvard e Professor da Cadeira T & G Angelopoulos de Saúde Pública e Desenvolvimento Internacional, Escola de Saúde Pública de Harvard e Harvard Kennedy School of Government, e ex-Ministro da Saúde do México.

151. O discurso do Dr. Frenk ao receber o prêmio pode ser encontrado no website do Conselho.

Outros Prêmios

152. A Sra. Brtva também apresentou os ganhadores de dois outros prêmios da PAHEF, a serem entregues em uma cerimônia de premiação noturna. O Prêmio Pedro N. Acha pela Excelência em Saúde Veterinária seria concedido à Dra. Verónica Merino, do Peru, e o Prêmio Fred L. Soper pela Excelência em Literatura de Saúde Pública, ao Dr. Alok Kumar pelo artigo intitulado “*Epidemiological Trends and Clinical Manifestations of Dengue among Children*” [Tendências Epidemiológicas e Manifestações Clínicas da Dengue entre Crianças].

153. O Prêmio Manuel Velasco Suárez pela Excelência em Bioética não foi apresentado em 2013.

Assuntos para Informação

Atualização sobre a Reforma da OMS (Documento CD52/INF/1)

154. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo), ao informar sobre a discussão por esse Comitê acerca da reforma da OMS (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 170 a 180), observou que a Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde havia instado a Diretora-Geral da OMS a elaborar uma metodologia de alocação de recursos estratégicos que garantisse a alocação transparente e justa de recursos entre os principais escritórios e níveis organizacionais da OMS e que essa ação havia sido, em grande medida, uma resposta à postura firme assumida pela Região das Américas sobre esse tema, inclusive com a adoção de uma resolução pelo Comitê Executivo durante uma sessão especial organizada algumas semanas antes da abertura da Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde em maio (Resolução CE152.SS.R1[2013]).⁹ Essa resolução continha uma declaração pelos Estados Membros das Américas com respeito às alocações orçamentárias da OMS para a Região. Ela havia salientado a necessidade de uma alocação justa e transparente dos recursos da OMS e instado o Secretariado da OMS a trabalhar com os Estados Membros para formular um novo modelo de alocação estratégico.

155. O Dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor Geral para Administração Geral, OMS) apresentou uma atualização do andamento do processo de reforma da OMS e destacou as questões que ainda exigiam uma nova discussão e a tomada de uma decisão pelos Estados Membros. Recordou que a reforma compreendia três áreas — reforma programática, reforma da governança e reforma da gestão — as quais foram subdivididas em um total de 12 correntes de trabalho. A reforma da OMS era um processo gradual e, embora estivessem sendo obtidos avanços em todas as áreas, a reforma estava progredindo mais

⁹ Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21331&Itemid=270&lang=pt

rapidamente em algumas áreas do que em outras. Os maiores avanços foram conseguidos na área programática. O progresso nessa área abrangeu a formulação e aprovação do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho, que proporcionaria a visão estratégica da OMS para os próximos seis anos, e a aprovação do orçamento por programas para 2014-2015. Pela primeira vez, os Estados Membros haviam aprovado o orçamento na sua totalidade, inclusive o montante a ser derivado das contribuições fixas e o montante a ser mobilizado em forma de contribuições voluntárias.

156. Avanços significativos também haviam sido obtidos na área da reforma da gestão, como o lançamento do diálogo de financiamento em junho de 2013. O trabalho no método de alocação de recursos mencionado pelo representante do Comitê Executivo estava em andamento, e um projeto de documento deveria estar pronto para apresentação ao Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2014. Também haviam sido obtidos avanços no aumento da prestação de contas e da transparência. O Secretariado da OMS estava finalizando uma estrutura interna de controle da gestão, que também esperava submeter à aprovação do Conselho Executivo em janeiro de 2014, e havia adotado recentemente um painel de administração, projetado para oferecer aos gestores de toda a OMS uma ferramenta para medir e melhorar o desempenho.

157. A reforma na área da governança havia sido mais lenta que nas outras duas áreas, em parte porque o progresso dependia de decisões dos Estados Membros. Contudo, haviam sido obtidos avanços no aumento da função estratégica, executiva e de supervisão dos Órgãos Diretores e na harmonização e alinhamento da governança interna. Uma política sobre o envolvimento com atores não estatais estava sendo formulada e seria apresentada aos Órgãos Diretores em 2014.

158. Os desafios atuais no processo de reforma abrangiam manter o ritmo da reforma e administrar a mudança e os riscos, superar os gargalos e cumprir as metas da reforma. A avaliação da segunda etapa da reforma¹⁰ ora em andamento ajudaria a enfrentar esses desafios. A próxima oportunidade dos Estados Membros para discutir e tomar decisões sobre a reforma seria em janeiro de 2014, durante a 134^a reunião do Conselho Executivo. Nesse ínterim, os Estados Membros poderiam seguir o progresso da reforma no website da OMS.¹¹

159. No debate que se seguiu, os Estados Membros expressaram firme apoio ao processo ora em andamento de reforma da OMS e acolheram as melhorias já realizadas com respeito à governança, responsabilidade e transparência. Diversos delegados salientaram a importância da reforma de recursos humanos. A formulação de uma política sobre o envolvimento com atores não estatais também foi considerada de

¹⁰ Ver o documento da OMS EB132/5 Add.7 (2013), disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_5Add7-sp.pdf

¹¹ http://www.who.int/about/who_reform/es/index.html

importância crucial para evitar conflitos de interesses e resguardar a integridade e a reputação da OMS. Enfatizou-se que qualquer interação com entidades não estatais deveria estar de acordo com as prioridades e a agenda estratégica aprovada pelos Estados Membros. Manifestou-se apoio a uma proposta apresentada pela delegação da Argentina durante a 133ª sessão do Conselho Executivo da OMS¹² (2013) para a criação de um comitê permanente de ética formado por representantes dos Estados Membros, ao qual competiria examinar e administrar os conflitos de interesses. Foram solicitadas mais informações com respeito às questões de governança pela sua relação com as parcerias sediadas.

160. Os delegados acolheram o diálogo de financiamento, visto como um processo de aprendizagem no qual poderia ser alcançado um melhor equilíbrio entre as prioridades dos países doadores e as prioridades acordadas por todos os Estados Membros no âmbito dos Órgãos Diretores da OMS. A importância de critérios claros e de uma metodologia justa e transparente para a alocação dos recursos da OMS para as regiões foi salientada. Os delegados destacaram a afirmação feita em nome dos Estados Membros das Américas durante a Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde e frisaram a necessidade de tratamento equitativo da Região na alocação dos recursos.

161. O Dr. Jama agradeceu os Estados Membros pelo seu apoio ao processo de reforma e pediu-lhes paciência, observando que transformar uma organização que abrangia uma sede, seis Escritórios Regionais e quase 150 representações nos países era um processo complexo que levaria um tempo considerável. Contudo, estavam sendo feitos avanços constantes, e a Diretora-Geral e o seu pessoal continuariam a trabalhar para implementar as reformas que os Estados Membros haviam solicitado.

162. A transparência e a prestação de contas seriam reforçadas por meio de muitas das reformas planejadas ou já instituídas. A cadeia de resultados no orçamento por programas 2014-2015, por exemplo, mostrava claramente os resultados intermediários e os resultados imediatos a serem obtidos, e um portal na Internet a ser lançado em breve permitiria aos Estados Membros acompanhar como os recursos estavam sendo usados, quem estava fornecendo esses recursos e que resultados estavam sendo obtidos. A metodologia de alocação de recursos ora em elaboração também contribuiria para aumentar a transparência. O diálogo de financiamento era uma reforma pioneira que, conforme as expectativas, expandiria a base de contribuintes da OMS e a tornaria menos dependente de um pequeno número de países doadores.

163. No tocante às parcerias sediadas, uma questão principal que teria de ser abordada era a da governança dupla — ou seja, o fato de que essas parcerias estavam sediadas na OMS, mas tinham os seus próprios mecanismos de governança e não estavam sujeitas à

¹² Ver a Ata Resumida Provisional da segunda reunião da 133ª sessão do Conselho Executivo EB133/PSR/2 (2013), disponível em: <http://apps.who.int/gb/or/>

autoridade dos Órgãos Diretores da OMS. Outra questão era a prestação de contas: quando essas parcerias passavam por uma crise financeira, cabia à Diretora-Geral lidar com a situação, embora ela não houvesse tido participação alguma na sua criação. Além disso, não raro era necessário bastante tempo do pessoal da OMS para recolher o dinheiro que os grupos sediados deviam à OMS.

164. A Dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, OMS) acrescentou que, pelas razões citadas pelo Dr. Jama, ela não havia aceitado nenhuma nova parceria sediada durante o seu mandato. Uma questão adicional era que as posições assumidas e as decisões aprovadas pelos Estados Membros que faziam parte dos conselhos diretivos das parcerias sediadas às vezes estavam em desacordo com as ações que haviam tomado nos Órgãos Diretores da OMS. Na verdade, essas parcerias poderiam ser usadas pelos países que as apoiavam como meio de contornar a governança da OMS. Ela instou os Estados Membros a lhe apoiar nos esforços para resolver essas questões e harmonizar e administrar a relação entre a OMS e suas parcerias sediadas.

165. A Dra. Chan concordou que o diálogo de financiamento representava um processo de aprendizagem — tanto para os Estados Membros como para o Secretariado da OMS. Esperava que os Estados Membros o vissem como uma oportunidade para atores governamentais e não governamentais se reunirem e chegarem a um acordo sobre como financiar o orçamento da OMS, permitindo que o pessoal da OMS se concentrassem menos na mobilização de recursos e mais na prestação de apoio e serviços aos Estados Membros. Ela também esperava que os Estados Membros estivessem dispostos a mostrar flexibilidade ao canalizar os recursos para áreas em que havia déficits de financiamento.

166. Havia vários problemas de governança que não poderiam ser resolvidos sem a assistência dos Estados Membros. Um era a falta de coerência nas políticas no âmbito regional e mundial da OMS. Ela apelou aos Estados Membros para que zelassem para que as políticas por eles aprovadas no âmbito regional — por exemplo, com respeito à aceitação de financiamento do setor privado — fossem compatíveis com as que adotassem nos Órgãos Diretores da OMS. Outro assunto que exigia a atenção dos Estados Membros era o grande número de temas nas agendas dos Órgãos Diretores. Nos 10 anos anteriores, nenhum tema havia sido suprimido, mas muitos haviam sido adicionados, não raro de última hora, o que tornava muito difícil para a Secretaria produzir a documentação necessária no prazo esperado e também dificultava para os Órgãos Diretores funcionar de forma eficiente.

167. O Conselho tomou nota das informações fornecidas.

Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento por Programas da OMS 2014-2015 (Documento CD52/INF/2)

168. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) comunicou que esse Comitê havia sido informado de que a Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado um orçamento total de \$3,98 bilhões, o que, em termos globais, correspondia a um pequeno aumento em relação a 2012-2013, mas sem um aumento das contribuições fixas. Também havia sido informado de que, pela primeira vez, a Assembleia da Saúde havia aprovado todo o orçamento, não apenas a porção financiada pelas contribuições fixas como havia sido o caso no passado. Também pela primeira vez, a Assembleia da Saúde não havia aprovado dotações fixas das contribuições fixas para as regiões. Os montantes dessas dotações seriam decididos em novembro de 2013, durante o segundo diálogo de financiamento sobre o orçamento da OMS. Na discussão do Comitê sobre esse tema, havia sido assinalado que uma das prioridades de liderança identificadas para o Secretariado da OMS era abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Destacaram-se também as necessidades de ação programática concreta para abordar os determinantes da saúde e de uma estratégia clara com metas e indicadores de progresso.

169. O Dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor Geral para Administração Geral, OMS) delineou as principais características do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e Orçamento por Programas da OMS 2014-2015, bem como do processo de planejamento e programação que havia precedido a sua formulação e aprovação, observando que a principal diferença nesse processo no que se referia aos períodos anteriores havia sido que os Estados Membros haviam liderado a definição das prioridades. Os Estados Membros haviam estabelecido um conjunto de critérios para definir as prioridades e haviam concordado com cinco categorias de trabalho programático, além de uma sexta categoria que abrangia os serviços institucionais e funções facilitadoras. Tanto o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho como o orçamento por programas 2014-2015 foram estruturados com base nessas categorias.

170. O montante do orçamento por programas se baseava em uma avaliação realista dos padrões de renda e de gasto. O orçamento não previa aumento das contribuições fixas, as quais deveriam representar 23% do montante total de \$3,98 bilhões. Como se havia indicado pelo representante do Comitê Executivo, pela primeira vez o orçamento não havia incluído alocações fixas às regiões. As quantidades dessas alocações seriam anunciadas pela Diretora-Geral em novembro de 2013, após consultas com os diretores regionais.

171. A parcela restante de 77% do financiamento para o orçamento teria de ser mobilizada na forma de contribuições voluntárias. Portanto, era sumamente importante que todos os Estados Membros, não apenas os mais ricos, participassem do diálogo de financiamento e contribuíssem para o financiamento necessário para implementar o

programa e alcançar os vários resultados imediatos e intermediários. A participação dos Estados Membros era importante não apenas a fim de mobilizar os recursos necessários, mas também para assegurar que esses recursos estivessem alinhados com as prioridades programáticas aprovadas. Assim, o diálogo de financiamento contribuiria para a transparência e prestação de contas.

172. A primeira reunião do diálogo de financiamento havia sido organizada em junho de 2013 e a segunda ocorreria em 23 e 24 de novembro de 2013. Os objetivos da segunda reunião seriam permitir os contribuintes apresentar os compromissos ou intenções de financiamento, identificar as áreas em que o financiamento era insuficiente e encontrar soluções para fazer face aos déficits de financiamento.

173. No debate que se seguiu à apresentação do Dr. Jama, os Estados Membros mais uma vez salientaram a necessidade de um método justo e transparente para alocar o orçamento da OMS para as regiões e enfatizaram que a proporção alocada para a Região das Américas deveria ser proporcional às suas necessidades e equitativa vis-à-vis as alocações para as outras regiões. Assinalou-se que de acordo com o mecanismo estratégico de validação da alocação de recursos aprovado pelo Conselho Executivo da OMS em 2006,¹³ a Região deveria receber entre 6,3% e 7,7% do orçamento da OMS, mas atualmente recebia apenas 5,4%. A necessidade de melhorar a previsibilidade do financiamento para a Região também foi frisada.

174. Uma delegada observou que organizações multilaterais como a OMS e a OPAS haviam sido vistas de forma um tanto negativa nos últimos anos, mas a procura pelos seus serviços continuava a crescer. Ela realçou a importância de encontrar uma maneira de aumentar os orçamentos de ambas as organizações para que elas pudessem suprir necessidades crescentes, por exemplo, com respeito à prevenção e controle das doenças não transmissíveis. Para tanto, ambas as organizações deveriam montar campanhas de comunicação e difusão destinadas a aumentar a conscientização sobre a importância do seu trabalho e mobilizar financiamento para custeá-lo.

175. O Dr. Jama reconheceu os comentários à respeito da alocação de recursos para as regiões e reiterou que estava sendo formulada uma metodologia de alocação de recursos. O Secretariado da OMS pretendia apresentar uma versão preliminar ao Conselho Executivo em janeiro de 2014. Em seguida, a metodologia seria apresentada à Assembleia Mundial da Saúde para aprovação em maio de 2014 e seria aplicada na alocação do orçamento 2016-2017. Ele observou que, para a Região das Américas receber a sua alocação total, o orçamento deveria ser plenamente financiado. Portanto, seria essencial que o diálogo de financiamento fosse bem-sucedido. Ademais, incentivou vigorosamente os Estados Membros da Região a participarem do diálogo de

¹³ Ver os documentos da OMS EB118/7 e EBSS-EB118/2006/REC/1.

financiamento e das discussões ora em andamento sobre a metodologia de alocação de recursos.

176. A Diretora agradeceu os Estados Membros pela sua insistência em uma parcela justa do orçamento da OMS para as Américas. Ela assinalou que, embora uma metodologia de alocação estivesse sendo formulada, ela não seria implementada até o biênio 2016-2017. Era preciso ver como o orçamento 2014-2015 seria alocado e que parcela a Região receberia.

177. O Conselho tomou nota das informações fornecidas.

Relatório da 16^a Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16) (Documento CD52/INF/3)

178. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou sobre o exame do relatório sobre a RIMSA 16 pelo Comitê Executivo (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 197 a 201). Observou que a reunião havia tratado da crescente procura por alimentos de alta qualidade a preços acessíveis e dos desafios de produzir alimentos que não agredissem o meio ambiente e, ao mesmo tempo, proteger a saúde dos consumidores e das pessoas na cadeia agroalimentar. A RIMSA 16 havia adotado o Consenso de Santiago, instando os países a estabelecer sistemas de emissão de alertas e mecanismos para a coordenação intersetorial como parte dos seus esforços para eliminar a raiva humana transmitida pelos cães, erradicar a febre aftosa e colaborar nos esforços para garantir a produção de alimentos inócuos e saudáveis. O Comitê havia acolhido o Consenso de Santiago e enfatizado a necessidade de controles regulamentares fortes, sistemas de vigilância em saúde e educação do consumidor de modo a assegurar a inocuidade dos alimentos. O Comitê também havia acolhido o fato de a reunião estar voltada para enfoques “uma saúde”, para o meio ambiente e para a interface homem-animal-meio ambiente.

179. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) expressou a gratidão da Repartição ao Governo do Chile por sediar a RIMSA 16.

180. O Conselho tomou nota do relatório.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documentos CD52/INF/4, A-I)

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

181. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a consideração do relatório de progresso pelo Comitê Executivo, assinalou-se que

os países da Região haviam obtido avanços significativos na redução da mortalidade neonatal, mas desafios ainda persistiam, sobretudo no que se referia à capacitação de profissionais de saúde e à melhoria da qualidade da atenção.

182. Embora, de modo geral, considerasse satisfatório o progresso obtido, o Conselho Diretor realçou que ninguém poderia se dar por satisfeito, pois ainda havia uma ampla variação da mortalidade neonatal, com taxas que iam de 2,8 a 27,3 por mil nascidos vivos na Região. Os delegados salientaram a necessidade de adotar um enfoque multissetorial e fortalecer os serviços de informação em saúde no âmbito local. A necessidade de capacitação para os funcionários da área de saúde e a promoção da participação comunitária com ênfase na prevenção da gravidez na adolescência também foi destacada. Sugeriu-se que a estratégia deveria instar os países a levar em consideração os resultados do relatório da Comissão das Nações Unidas sobre os Produtos Primários que Salvam Vidas para as Mulheres e Crianças, sobretudo a recomendação de aumentar a facilidade de acesso, a disponibilidade, a acessibilidade e o uso racional de 13 produtos primários essenciais de qualidade necessários para salvar a vida de mulheres e crianças.

183. Os delegados descreveram os esforços que estavam sendo feitos nos seus países na área da saúde neonatal. O destaque foi dado para os testes de sífilis, gonorreia, clamídia e HIV para mães, com administração da terapia antirretroviral para aquelas cujo teste de HIV desse positivo; serviços de vacinação; monitoramento da nutrição e promoção da amamentação; medidas e políticas preventivas sobre qualidade da atenção e educação e classes participativas sobre atenção infantil.

184. A Dra. Gina Tambini (Diretora, Departamento de Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) elogiou os Estados Membros pelos seus esforços na área da saúde neonatal. Como vários delegados haviam mencionado, era importante contar com dados exatos para ter um retrato confiável da situação e identificar as áreas em que eram necessários mais esforços. Conforme havia sido assinalado, as principais áreas de atenção foram a qualidade da atenção e a capacitação dos recursos humanos. A Repartição continuaria a trabalhar com as equipes nos países para poder obter avanços reais na redução dos casos da mortalidade neonatal preveníveis.

185. O Conselho tomou nota do relatório.

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

186. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) comunicou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho de que cinco Estados Membros haviam alcançado a meta estabelecida no Plano de Ação com respeito à redução da transmissão materno-infantil do HIV e que outros 10 estavam muito perto de consegui-lo. Quatorze Estados Membros haviam alcançado a meta da redução da sífilis congênita e

outros três estavam perto de consegui-lo. O Comitê também havia sido informado de que os resultados obtidos até então indicavam que seria possível eliminar a sífilis congênita nas Américas.

187. Na consideração do relatório pelo Conselho, o progresso rumo à eliminação da sífilis congênita foi aplaudido. Foram destacadas duas áreas particulares que poderiam se beneficiar de mais atenção. Uma era o lento progresso no acompanhamento dos lactentes expostos ao HIV, e a outra era a insuficiência de dados sobre o tratamento da infecção da sífilis em gestantes. Instou-se a Repartição a buscar ações enérgicas nessas áreas. Chamou-se a atenção para o papel importante da sociedade civil no fortalecimento dos programas e na sensibilização das populações em risco com respeito ao uso eficiente e eficaz dos serviços de saúde. Além disso, a sensação era a de que a questão da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita deveria ser incorporada à área da saúde materno-infantil em geral.

188. Um delegado apontou que, se os países não houvessem obtido avanços significativos até 2013 — o ponto intermediário do período coberto pelo plano de ação —, seria pequena a probabilidade de alcançarem as metas de 2015. Outro delegado disse que o grande desafio em vários países era o das repetidas gestações, que atualmente respondiam por 30% a 40% do total de gestações. A análise havia mostrado que a gravidez anterior na adolescência, o uso de drogas, os estudos incompletos, o desemprego e problemas de moradia eram características particulares dessas mulheres. Eram problemas socioeconômicos graves que precisavam ser enfrentados pelas equipes multidisciplinares, lideradas pelo setor da saúde.

189. Os delegados descreveram os esforços que estavam sendo feitos nos seus países para eliminar a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita, como a promoção do uso de preservativos femininos, o diagnóstico precoce, a universalização do tratamento e o acompanhamento de gestantes e dos seus filhos. Alguns delegados informaram que os seus países haviam adotado o tratamento opção B+ para as gestantes soropositivas e instaram outros países a seguirem o exemplo.

190. Manifestou-se a esperança de que a OPAS continuasse a ajudar os países a enfrentar os desafios para alcançar as metas referentes ao controle da transmissão materno-infantil. Destacam-se a implementação da opção B+; o aumento da disponibilidade de meios de diagnóstico laboratoriais, sobretudo para os recém-nascidos, e a atenção e o apoio multidisciplinares às mulheres de alto risco. Como a aplicação das diversas ferramentas desenvolvidas para o monitoramento e verificação da qualidade dos dados exigia uma significativa capacitação de pessoal, sugeriu-se que seria útil se o restante do plano de ação tivesse um cronograma para a aplicação dessas ferramentas. Também foi sugerido que, além dos dados sobre a cobertura, números concretos e efetivos deveriam ser citados nos relatórios futuros. Isso proporcionaria um quadro mais claro da situação, sobretudo nos países menores.

191. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) disse que o seu departamento estaria prestando atenção especificamente aos desafios mencionados e ao fortalecimento dos sistemas de informação em saúde em geral. Assegurou ao Conselho que a RSPA estava totalmente empenhada em ajudar os Estados Membros a eliminar a transmissão materno-infantil. Observou que a Repartição já havia sido pioneira em um método para a verificação do cumprimento das metas de eliminação, acrescentando que a OMS estava investigando a sua aplicação mundial. Esse método já havia sido testado em um pequeno número de países. A validação exigia o estabelecimento de comitês mundiais e regionais, os quais estavam sendo formados, e o método então seria aplicado à medida que cada país atingisse a meta. O Dr. Espinal concordou com a sugestão sobre um cronograma para o uso dos aplicativos e ferramentas, e disse que a parte restante do plano de ação regional seria devidamente modificada.

192. A Diretora cumprimentou os Estados Membros por seus esforços rumo à eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita; ao mesmo tempo, agradeceu a todos os parceiros que estavam envolvidos com a RSPA nesse trabalho na América Latina e no Caribe. Ela reconheceu o comentário sobre a necessidade de um enfoque integrado à saúde materno-infantil, observando que a mesma coisa poderia ser dita de muitas outras áreas de trabalho da OPAS.

193. O Conselho tomou nota do relatório.

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

194. Enfatizou-se que, embora o planejamento para a agenda pós-2015 fosse importante, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) não deveriam ser esquecidos e os esforços para assegurar a sua consecução não poderiam parar. Assinalou-se que o progresso rumo à consecução da meta da mortalidade materna no âmbito do ODM 5 (Melhorar a saúde materna) havia ficado claramente para trás em relação ao progresso em outras áreas e que havia um risco de que ela não seria alcançado até 2015. Considerou-se essencial manter uma visão holística, na qual os provedores dos serviços de saúde, tanto públicos como privados, a indústria e a sociedade como um todo dividiriam a responsabilidade de alcançar um objetivo comum. Sugeriu-se que talvez fosse benéfico estabelecer uma base de dados de experiências bem-sucedidas para que os países que houvessem ficado para trás em determinadas áreas pudessem tirar partido das lições extraídas por outros países. Também foi sugerido que deveriam ser estabelecidos grupos de trabalho para estudar os obstáculos que impediam o cumprimento dos ODMs na Região.

195. Uma representante do Grupo Independente de Peritos de Revisão (*Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's*

Health) observou que a expectativa era que apenas nove dos 75 países na mira da Estratégia Global para a Saúde de Mulheres e Crianças alcançariam o ODM 5 e apenas 13 dos 75, o ODM 4 (Reduzir a mortalidade infantil). Parecia que uma falta de comprometimento estava resultando em grandes déficits de financiamento e em outras barreiras. Ela instou os Estados Membros a se concentrarem em estabelecer mecanismos de prestação de contas nacionais e assegurar uma maior responsabilidade mundial em prol das mulheres e crianças.

196. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) disse que a ideia de uma base de dados com as experiências já havia sido proposta pela Diretora com o objetivo de tirar proveito dos êxitos alcançados na busca dos ODMs para fundamentar o trabalho no período pós-2015.

197. A Diretora agradeceu os Estados Membros pelos esforços que todos eles estavam fazendo rumo à consecução dos ODMs até 2015, em particular os ODMs 4 e 5. Observando o aumento do esforço para alcançar a meta da redução da mortalidade materna e também as iniquidades nos países, ela ofereceu o apoio dobrado da Repartição à medida que o tempo passasse até 2015.

198. O Conselho tomou nota do relatório.

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

199. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a consideração do relatório de progresso por esse Comitê, havia sido enfatizado que os Estados signatários deveriam ser solidários com os demais de modo a contra-atacar os esforços por parte da indústria do tabaco para prejudicar o controle efetivo do tabagismo.

200. Na discussão do relatório pelo Conselho, os delegados descreveram as medidas que estavam sendo tomadas nos seus países para implementar a Convenção-Quadro. Tais medidas abrangiam o aumento da tributação do tabaco; as restrições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; legislação proibindo o fumo em locais públicos e a venda de produtos do tabaco a menores; a remoção das concessões de isenção de impostos nos portos de entrada; a criação de manuais sobre como deixar de fumar; a capacitação de pessoal pertinente nos setores da saúde pública privada; a inclusão do controle do tabagismo no conjunto de dados mínimos dos países sobre as doenças não transmissíveis crônicas; pesquisas telefônicas e a inclusão de pequenos questionários sobre o tabagismo em pesquisas e levantamentos correntes; e a criação de comitês interinstitucionais à luz da natureza multissetorial do controle do tabagismo.

201. Alguns delegados manifestaram a sua preocupação com as exigências que seriam impostas aos pequenos países em desenvolvimento com recursos limitados com respeito

ao cumprimento de todos os requisitos da Convenção. Alguns solicitaram à RSPA prestar mais apoio técnico para ajudar esses países a compreender melhor as questões complexas associadas às interações entre a CQCT e vários outros setores, como o comércio, para que as negociações e decisões seguintes fossem mais bem embasadas. Também se solicitou o apoio da Repartição à colaboração intrarregional, para que os países com menos experiência pudessem aprender com os demais.

202. Assinalou-se que a indústria do tabaco continuava a lançar mão de táticas inadmissíveis para minar as ações legais para proteger a saúde das populações. Os delegados dos países signatários convocaram os demais a aderir à CQCT. Também se destacou que os esforços para o controle do tabagismo não deveriam perder o seu rumo em virtude de acordos comerciais e que era necessário conscientizar os níveis políticos mais elevados dos custos da epidemia do tabagismo no mundo como um todo.

203. O Dr. Carlos Santos-Burgoa (Diretor Interino, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) disse que não havia nenhuma contradição entre os acordos de livre comércio ou a Organização Mundial do Comércio e as disposições da Convenção-Quadro. Esse entendimento era compartilhado com a Organização Mundial do Comércio, e a RSPA tentaria torná-lo ainda mais conhecido de modo a apoiar o trabalho futuro dos Estados Membros. Ele observou que havia uma tendência crescente de direcionar a publicidade e as promoções para as crianças e adolescentes, e que o setor da saúde precisava estudar como fazer frente a essa ameaça.

204. A Diretora concordou que o setor da saúde precisava fazer recuar a indústria do tabaco. Isso exigiria a colaboração entre países, com o intercâmbio de experiências, a união de setores e de países e a convocação de novos parceiros para se unirem nessa luta. Também era importante ratificar a Convenção em toda a Região e obter a participação do Secretariado da OMS na ajuda aos Estados Membros para que tirassem partido das experiências dos países de outras regiões.

205. O Conselho tomou nota do relatório.

E. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública

206. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que um relatório de progresso sobre o Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública havia sido incluído na agenda do Conselho Diretor em resposta a uma solicitação do Delegado da Guatemala, que havia chamado a atenção para a Declaração de Antígua, Guatemala, adotada durante o Quadragésimo Terceiro Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, em junho de 2013. A Declaração, intitulada “Por uma Política Integral frente ao Problema Mundial das Drogas nas Américas”, determinava que se iniciasse um processo de consulta sobre a questão das drogas ilícitas em preparação para uma sessão especial da Assembleia Geral

da OEA a ser organizada em 2014. O Delegado da Guatemala, portanto, havia solicitado que um tema sobre o problema das drogas nas Américas fosse acrescido à agenda do Conselho. Por sugestão da Diretora, o Comitê havia concordado que o assunto poderia ser discutido no contexto de um relatório de progresso sobre a Estratégia e o Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública,¹⁴ adotados em 2010 e 2011, respectivamente, assim como no contexto do relatório sobre Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS (ver os parágrafos 230 a 236 abaixo).

207. O Dr. Carlos Santos-Burgoa (Diretor Interino, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental) enfatizou que, embora não houvesse sombra de dúvida de que tinha havido progresso no reconhecimento do impacto do uso das substâncias psicoativas sobre a saúde da população, isso nem sempre havia sido traduzido em uma ampliação e melhoria dos serviços de saúde pertinentes. A atenção primária ainda desempenhava uma função muito limitada no combate ao problema e os serviços especializados também estavam dispersos e, às vezes, defasados.

208. Observando que a RSPA havia firmado um memorando de entendimento com a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da OEA (CICAD) e que a Repartição considerava vital consolidar essa aliança estratégica e traduzi-la em ações conjuntas, ele enumerou algumas das medidas que a Repartição estava tomando para ajudar os Estados Membros em suas atividades para o controle das drogas. Entre elas, destacavam-se o desenvolvimento das capacidades nacionais para dar uma resposta integrada aos usuários das substâncias psicoativas; a alocação de recursos de acordo com as necessidades identificadas, com atenção especial para as populações vulneráveis, e a intensificação da pesquisa, monitoramento e avaliação.

209. O Delegado da Guatemala voltou a enfatizar a importância que o seu governo atribuía ao problema das drogas na Região e sugeriu que o Conselho deveria convidar a Diretora a elaborar dois relatórios que serviriam como contribuição da Organização para a sessão especial da OEA em 2014: um sobre a situação dos sistemas nacionais de saúde no enfrentamento do problema mundial das drogas e outro sobre a complementaridade entre as estratégias da OPAS e as da CICAD.

210. No debate que se seguiu, os delegados concordaram que o uso de drogas era um problema multidimensional que precisaria ser abordado pelos governos e sociedades no âmbito local, regional e internacional. Houve apoio geral à elaboração dos dois relatórios propostos pela Guatemala, embora alguns delegados tenham advertido que, em vista dos compromissos existentes de prestar informações à CICAD e ao Escritório das Nações

¹⁴ Ver a Resolução CD50.R2 e o Documento CD50/18, Rev. 1 (2010) e a Resolução CD51.R7 e o Documento CD51/9 (2011).

Unidas contra Drogas e Crimes, mais obrigações nesse sentido em âmbito nacional talvez fossem excessivamente onerosas.

211. Os delegados descreveram as medidas que estavam sendo tomadas pelos seus governos para combater o flagelo das drogas. Tais ações abrangiam a criação de conselhos nacionais sobre o abuso de substâncias psicoativas, com programas de prevenção e atenção; capacitação dos recursos humanos e coordenação interinstitucional; fortalecimento dos sistemas de informação para a vigilância epidemiológica; desenvolvimento de centros de reabilitação e estabelecimento de sistemas de atenção voltados para a recuperação.

212. O Dr. Santos-Burgoa disse que a Repartição poderia elaborar os dois relatórios solicitados, mas assinalou que o relatório sobre a complementaridade entre a OPAS e a CICAD aparentemente convidava a uma análise organizacional de como o trabalho conjunto deveria ser levado à frente considerando a Declaração de Antigua Guatemala. Com respeito ao outro relatório, ele sugeriu que o foco deveria recair sobre as informações que melhorassem as informações já disponíveis do ponto de vista da saúde pública.

213. A Diretora disse que havia tomado nota do entusiasmo dos Estados Membros para abordar os aspectos de saúde pública do problema das drogas e que a Repartição forneceria os dois relatórios solicitados, seguindo as linhas que o Dr. Santos Burgoa havia acabado de delinear. A dependência era um problema de saúde de causa e efeito multidimensionais e, portanto, a resposta da OPAS deveria ser igualmente multifacetada, o que implicaria uma coordenação interinstitucional, com um enfoque equilibrado ao tratar tanto da oferta como da procura. O trabalho que a Repartição havia feito até o momento havia sido empreendido em um alto nível em termos da definição de uma estratégia em conjunto com a CICAD, mas não tanto em termos de abordagens de cooperação técnica visando aos Estados Membros. A situação agora estava em um ponto em que as prioridades precisariam ser definidas, não apenas com respeito à gama de questões esquemáticas que precisavam ser confrontadas, mas também à profundidade da cooperação técnica em qualquer uma das questões temáticas.

214. O Conselho tomou nota do relatório.

F. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores

215. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a discussão do relatório de progresso por esse Comitê, os delegados haviam manifestado a sua gratidão à Repartição pelo seu trabalho na implementação do Plano Regional e destacado o impacto das doenças ocupacionais e das doenças não transmissíveis em termos das estatísticas de saúde e do custo da atenção à saúde.

216. O Conselho apoiou a proposta constante do relatório de progresso de formular um novo plano para o período 2014-2019. Sugeriu-se que o novo plano deveria adotar uma abordagem intersetorial, criando uma relação de trabalho entre ministérios da saúde e ministérios do trabalho, e promovendo a participação de organizações patronais e de trabalhadores. Também foi sugerido que o novo plano deveria cobrir as mesmas quatro áreas programáticas que o plano existente, porém deveria adicionar uma quinta: a melhoria da detecção, diagnóstico e registro dos acidentes e doenças ocupacionais. Observou-se que um volume grande de trabalho útil havia sido feito no âmbito do Plano de Ação Mundial de Saúde dos Trabalhadores e foi sugerido que um novo plano da OPAS deveria adaptar o plano mundial ao contexto regional, tirando partido do documento e ferramentas existentes e adaptando-os conforme necessário para ajudar os países da Região com o planejamento e implementação. A importância do intercâmbio de experiências e melhores práticas também foi sublinhada.

217. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) agradeceu o Conselho pelo apoio a um novo plano. Tal plano seria formulado com um enfoque participativo, incorporando as contribuições dos Estados Membros. Assinalou que o plano regional existente precedeu o plano mundial e que, portanto, havia certas diferenças entre os dois. A formulação de um novo plano representaria uma oportunidade para aumentar o alinhamento e a complementaridade entre o trabalho no âmbito mundial e regional.

218. O Conselho tomou nota do relatório.

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

219. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a discussão do relatório de progresso por esse Comitê, havia sido destacado que nenhum novo caso da oncocercose havia sido notificado na Região desde 1995. Os Estados Membros foram incentivados a mobilizar a vontade política e os recursos necessários para superar as barreiras restantes à eliminação da doença entre as populações em risco. Para tanto, o diálogo e a coordenação no nível mais elevado haviam sido considerados essenciais. Havia sido recomendado que as lições extraídas do esforço de eliminação da oncocercose deveriam ser aplicadas ao controle e eliminação de outras doenças tropicais negligenciadas.

220. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) frisou que a Região estava a poucos anos de eliminar a oncocercose e que, com vigilância constante, esse sucesso notável poderia ser alcançado.

221. A Diretora instou os Estados Membros, juntamente com os parceiros externos, a se unirem no impulso final rumo à eliminação.

222. O Conselho tomou nota do relatório.

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

223. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, na discussão do relatório de progresso por esse Comitê, havia sido recomendado que o alcance dos esforços da OPAS para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde deveria ser ampliado para abarcar a geração e o monitoramento dos dados dos sistemas de informação em saúde de forma mais geral, passando pela projeção das necessidades de recursos humanos e de financiamento da atenção à saúde, a geração de dados para medir a qualidade e a eficiência da atenção à saúde e o monitoramento do progresso rumo à consecução das metas de controle e prevenção de doenças. Também havia sido recomendado que o Plano de Ação deveria incorporar atividades destinadas a estabelecer e fortalecer centros colaboradores e de referência para oferecer cooperação técnica com respeito a classificações e códigos internacionais relacionados à saúde. A Repartição havia sido incentivada a fomentar a cooperação técnica entre os países nessa área e promover a auditoria da mortalidade como forma de aperfeiçoar as informações estatísticas.

224. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) disse que a Repartição continuaria ajudando os países a melhorar a coleta de estatísticas vitais e de saúde.

225. A Diretora recordou que, na discussão do Plano Estratégico 2014-2019 (ver os parágrafos 24 a 34 acima), os países haviam instado a RSPA a melhorar a coleta e análise de dados, sobretudo no que diz respeito ao monitoramento e acompanhamento dos indicadores identificados no Plano, e garantiu ao Conselho que a Repartição prestaria a devida atenção a essa solicitação.

226. O Conselho tomou nota do relatório.

I. Situação dos Centros Pan-Americanos

227. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que, quando o Comitê Executivo examinou o relatório de progresso, havia sido assinalado que o Centro de Epidemiologia do Caribe e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição haviam sido fechados recentemente e que algumas das suas funções haviam sido incorporadas à nova Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA). A Diretora havia apontado que talvez até se revelasse necessário revisitar o trabalho realizado por outros centros em vista das atuais limitações orçamentais.

228. A Diretora disse que os Centros Pan-Americanos foram um mecanismo estabelecido em um momento em que os Estados Membros careciam de certas capacidades no âmbito nacional. Com o passar do tempo, à medida que os Estados

Membros desenvolviam essas capacidades, mostrou-se que elas poderiam ser apoiadas por organismos sub-regionais. Embora a OPAS houvesse reduzido o número de Centros Pan-Americanos, isso não significou que ela havia deixado de oferecer algum nível de cooperação técnica às instituições sub-regionais. Por exemplo, a OPAS estava apoiando a CARPHA e o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e trabalhando ativamente com essas instituições. Havia a necessidade de uma revisão constante da pertinência dos Centros Pan-Americanos e da capacidade dos países para assumir a responsabilidade pelo seu trabalho em âmbito nacional ou sub-regional.

229. O Conselho tomou nota do relatório.

Resoluções e outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS: (A) Sexagésima Sexta Assembleia Mundial; (B) Organizações Sub-regionais; e (C) Quadragésima Terceira Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (Documentos CD52/INF/5, A-C)

230. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido um relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde e de diversos órgãos sub-regionais considerados de interesse particular para os Órgãos Diretores da OPAS (ver o Documento CE152/FR, parágrafos 234 a 239). Havia sido observado que a Sexagésima Sexta Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado uma resolução e uma decisão sobre o acompanhamento do relatório do Grupo Consultivo de Especialistas em Pesquisa e Desenvolvimento, que instava por consultas regionais em preparação para uma reunião consultiva técnica a ser convocada pela Diretora-Geral da OMS até o fim de 2013. Havia sido destacada a função da RSPA na coordenação do processo de consulta e havia sido enfatizado que as consultas deveriam começar o quanto antes possível.

231. O Presidente acrescentou que o relatório sobre o Quadragésimo Terceiro período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos não havia sido examinado pelo Comitê Executivo e solicitou que a Dra. Irene Klinger (Diretora, Departamento de Relações Externas, Parcerias e Órgãos Diretores, RSPA) fornecesse alguma informação sobre o tema.

232. A Dra. Klinger disse que o Documento CD52/INF/5 enumerava as resoluções adotadas pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos durante o seu quadragésimo terceiro período ordinário de sessões, em Antígua Guatemala em junho de 2013. O foco daquela Assembleia Geral havia recaído sobre uma política abrangente contra o problema mundial das drogas nas Américas. O Secretário-Geral da OEA havia apresentado um relatório intitulado “*The Drug Problem in the Americas*” [O Problema das Drogas nas Américas], que havia sido elaborado em resposta a um mandato da Sexta Cúpula das Américas, realizada em Cartagena, Colômbia, em abril de 2012. A Assembleia Geral havia adotado a Declaração de Antígua Guatemala, que estava

vinculada à Estratégia e Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública adotados, respectivamente, pelo 50º Conselho Diretor da OPAS em 2010 e pelo 51º Conselho Diretor da OPAS em 2011 (ver os parágrafos 206 a 214 acima). Na Declaração de Antígua Guatemala, os ministros de Relações Exteriores das Américas haviam declarado, entre outras coisas, que “é fundamental que no Hemisfério se continue avançando, de maneira coordenada, na busca de soluções efetivas para o problema mundial das drogas, de acordo com um enfoque integral, fortalecido, equilibrado e multidisciplinar, com pleno respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, que incorpore a saúde pública, a educação e a inclusão social às medidas preventivas para fazer frente à criminalidade organizada transnacional e o fortalecimento das instituições democráticas, assim como a promoção do desenvolvimento local e nacional”.

233. Ela observou que, durante o 52º Conselho Diretor, o Secretário-Geral da OEA havia organizado uma sessão de informação para comunicar aos ministros da saúde a situação atual das drogas e aspectos do tema que seriam discutidos em uma sessão especial da Assembleia Geral da OEA em 2014. Ela acrescentou que outras resoluções da OEA consideradas de interesse da OPAS eram as que tratavam dos direitos dos grupos vulneráveis, sobretudo as populações indígenas, os portadores de deficiências, as populações afrodescendentes e os idosos; e a igualdade para as mulheres. A Assembleia Geral também havia adotado uma resolução sobre a eliminação das doenças negligenciadas, a qual reforçava a resolução sobre o tema adotada pelo Conselho Diretor em 2009.¹⁵

234. O Delegado da Guatemala apresentou alguns antecedentes sobre as discussões mantidas durante o quadragésimo terceiro período ordinário de sessões da Assembleia Geral da OEA, explicando que o seu governo havia sugerido que o tema das drogas fosse considerado durante a sessão por força da sua profunda preocupação com o problema mundial das drogas e as suas manifestações nas Américas. Observou que a Declaração de Antígua Guatemala defendia um enfoque abrangente e preventivo que reconhecia o consumo de drogas como um problema de saúde pública e se concentrava na promoção do bem-estar e da prevenção e tratamento da dependência das drogas. A Declaração conclamava os Estados a fortalecer os seus sistemas de saúde, particularmente nas áreas de prevenção, tratamento e reabilitação, de modo a dar uma resposta melhor ao problema nas Américas. Embora a Declaração não indicasse que o setor da saúde deveria tomar a frente do combate ao problema, reconhecia a importante função do setor na redução da procura e na mitigação dos danos causados pelas drogas. Também enfatizava a necessidade de cooperação bilateral e multilateral nesse tema. Obviamente, a OPAS tinha um papel fundamental a desempenhar nesse sentido.

¹⁵ Resolução CD49.R18 (2009).

235. A Dra. Klinger disse que as ideias do Delegado da Guatemala eram extremamente pertinentes para o trabalho em andamento no âmbito do Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública.

236. O Conselho tomou nota do relatório.

Outros Assuntos

237. O Conselho prestou uma homenagem à Dra. María Isabel Rodríguez, Ministra da Saúde de El Salvador, pela sua longa e distinta carreira na saúde pública e pela sua contribuição, como antiga coordenadora do Programa de Formação Profissional em Saúde Internacional da OPAS, para a formação de futuras gerações de profissionais de saúde pública.

238. Durante a semana do 52º Conselho Diretor, foram realizados eventos paralelos sobre a Síndrome Respiratória do Oriente Médio relacionada ao Coronavírus (MERS-CoV) e a influenza A(H7N9), as medidas tomadas para abordar os determinantes sociais da saúde, a universalização da cobertura de saúde e o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária. Além disso, a estudante de medicina e artista Shelly Xie demonstrou como usava a arte com areia para comunicar mensagens de saúde pública, dentro da iniciativa da OPAS Arte para a Pesquisa. Além disso, uma exibição fotográfica apresentou as obras das artistas Theo Chalmers e Jane Dempster.

Encerramento da Sessão

239. Após a troca habitual de cortesias, o Vice-presidente, na falta da Presidente, deu por encerrado o 52º Conselho Diretor.

Resoluções e Decisões

240. As resoluções e decisões adotadas pelo 52º Conselho Diretor são as seguintes:

Resoluções

CD52.R1: Arrecadação de Contribuições Fixas

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (Documentos CD52/13 e Adendo I) e a preocupação externada pela 152ª Sessão do Comitê Executivo no que se refere à situação da arrecadação de tais contribuições;

Observando que nenhum Estado Membro está em atraso de tal maneira que estaria sujeito ao Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas.
2. Expressar agradecimento aos Estados Membros que já realizaram pagamentos em 2013, e instar todos os Estados Membros atrasados a cumprirem com suas obrigações financeiras sem demora.
3. Parabenizar os Estados Membros que cumpriram plenamente com suas obrigações fixas até 2013.
4. Cumprimentar os Estados Membros que realizaram consideráveis esforços para pagar suas contribuições fixas em atraso referentes a anos anteriores.
5. Solicitar à Diretora que:
 - (a) continue a explorar mecanismos para aumentar a arrecadação de contribuições fixas;
 - (b) informe o Comitê Executivo da adimplência por parte dos Estados Membros em relação ao pagamento de seus compromissos das contribuições fixas;
 - (c) informar o 53º Conselho Diretor da situação da arrecadação das contribuições fixas referentes a 2014 e anos anteriores.

(Segunda reunião, 30 de setembro de 2013)

CD52.R2: Modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações propostas ao Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde que constam do Documento CD52/14;

Levando em consideração que as modificações ao Regulamento Financeiro refletem melhores práticas de gestão modernas que aumentam a eficiência e eficácia da implementação do Programa e Orçamento, bem como das operações administrativas que apoiam os programas técnicos da OPAS,

RESOLVE:

Aprovar a modificação aos artigos III e IV do Regulamento Financeiro, referentes ao Programa e Orçamento e as dotações do Orçamento Ordinário, conforme constam no Anexo, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2014.

Anexo

**MODIFICAÇÕES DO REGULAMENTO FINANCEIRO
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE***

Novo Texto	
<i>Artículo III - Programa y presupuesto</i>	
3.8	El Programa y Presupuesto comprenderá el programa y el presupuesto aprobados originalmente por la Conferencia o el Consejo Directivo y toda propuesta complementaria, al igual que las asignaciones del presupuesto ordinario que se hayan pasado del período presupuestario anterior en conformidad con el artículo IV.
<i>Artículo IV - Asignaciones del presupuesto ordinario</i>	
4.2	Las asignaciones del presupuesto ordinario estarán disponibles para contraer compromisos durante el ejercicio presupuestario para el cual hayan sido aprobados para la entrega de bienes y servicios en ese mismo ejercicio presupuestario. Excepcionalmente, las asignaciones del presupuesto ordinario pueden estar disponibles en el primer año del ejercicio presupuestario subsiguiente a fin de apoyar la eficacia operativa de los acuerdos contractuales indisociables que tengan como plazo de entrega el primer trimestre del año siguiente. El Director puede además considerar otras excepciones con el fin de pasar asignaciones del presupuesto ordinario a un período presupuestario subsiguiente para la entrega retrasada de bienes y servicios programados debido a circunstancias imprevistas.
4.4	El saldo de las asignaciones financiadas del presupuesto ordinario que no se haya comprometido al finalizar el ejercicio presupuestario al que corresponda o que no haya sido autorizado para ser pasado al período presupuestario subsiguiente servirá para reponer el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado. A partir de ahí cualquier posible saldo se pasará al excedente y estará disponible para el uso que ulteriormente se decida darle de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.

(Segunda reunião, 30 de setembro de 2013)

**CD52.R3: Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde
2014-2015**

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2015 (Documento Oficial 346)*;

* O texto do Regulamento Financeiro esta disponível somente em inglês e espanhol. Anexado é a versão em espanhol.

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (*Documento CE152/FR*);

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

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

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a RSPA com crescimento zero nas contribuições líquidas, como esboçado no Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015.
2. Incentivar todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados a fazer contribuições voluntárias totalmente flexíveis a serem geridas em um fundo especial que compensarão a redução no Orçamento Ordinário (US\$ 6 milhões¹) resultante de crescimento nominal zero, a serem usadas para lidar com as prioridades, conforme identificadas no Programa e Orçamento 2014-2015.
3. Incentivar os Estados Membros a continuar defendendo a ideia de uma parcela equitativa dos recursos da OMS e, especificamente, para que a OMS mantenha a alocação das contribuições fixas ao menos no mesmo nível do biênio atual (\$80,7 milhões).
4. Incentivar os Estados Membros a efetuar os pagamentos das suas contribuições fixas de 2013 e pagamentos em atraso para 2011 e 2012, e a se comprometerem a efetuar pagamentos dentro do prazo para 2014-2015.
5. Apropriar, para o exercício financeiro 2014-2015, o montante de \$297.339.996 da seguinte forma: (a) \$279.100.000 para o orçamento efetivo de trabalho (categorias 1 a 6), que representa um crescimento nominal zero na avaliação das contribuições dos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados em relação às contribuições fixas para 2012-2013; e (b) \$18.239.996 como transferência ao Fundo de Equalização Tributária (seção 17), segundo se indica no quadro que se segue:

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

Área da categoria e do programa		Programas da base
		Orçamento Ordinário
1. Doenças transmissíveis		
1.1	Infecções pelo HIV/AIDS e ISTs	6.061.000
1.2	Tuberculose	1.500.000
1.3	Malária e outras doenças transmitidas por vetores (inclusive a dengue e doença de Chagas)	1.500.000
1.4	Doenças negligenciadas, tropicais e zoonóticas	6.983.000
1.5	Doenças imuno-preveníveis (incluindo manutenção da erradicação da Poliomielite)	5.100.000
Subtotal da categoria 1		21.144.000
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco		
2.1	Doenças não transmissíveis e fatores de risco	12.320.000
2.2	Saúde mental e transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas	2.344.000
2.3	Violência e traumatismos	1.500.000
2.4	Deficiências e reabilitação	1.500.000
2.5	Nutrição	6.200.000
Subtotal da categoria 2		23.864.000
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida		
3.1	Saúde da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva	13.680.000
3.2	Envelhecimento e saúde	1.500.000
3.3	Gênero, equidade, direitos humanos e etnia	4.759.000
3.4	Determinantes sociais da saúde	9.352.000
3.5	Saúde e meio ambiente	9.137.000
Subtotal da categoria 3		38.428.000
4. Sistemas de saúde		
4.1	Governança e financiamento da saúde; políticas, estratégias e planos nacionais de saúde	7.700.000
4.2	Serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade	5.711.000
4.3	Acesso a produtos médicos e fortalecimento da capacidade reguladora	8.305.000
4.4	Informações e evidências em apoio aos sistemas de saúde	17.418.000
4.5	Recursos humanos em saúde	9.900.000
Subtotal da categoria 4		49.034.000
5. Prontidão, vigilância e resposta		
5.1	Capacidades de alerta e resposta (para o RSI)	5.520.000
5.2	Doenças epidemiológicas e pandêmicas	3.720.000

Área da categoria e do programa		Programas da base
		Orçamento Ordinário
5.3	Gerenciamento de emergências, riscos e crises	6.050.000
5.4	Inocuidade dos alimentos	2.680.000
5.5	Resposta a surtos e crises	
Subtotal da categoria 5		17.970.000
Subtotal (Categorias 1 a 5)		150.440.000
6.	Serviços institucionais e funções facilitadoras	
6.1	Liderança e governança	54.235.000
6.2	Transparência, prestação de contas e gestão de riscos	2.790.000
6.3	Planejamento estratégico, coordenação de recursos e apresentação de relatórios	21.960.000
6.4	Gestão e administração	39.602.000
	Projeto Especial (PMIS)	--
6.5	Comunicação estratégica	10.073.000
Subtotal da categoria 6		128.660.000
Orçamento efetivo de trabalho (Categorias 1 a 6)		279.100.000
Contribuições estimadas para o pessoal (transferência ao Fundo de Equalização Tributária)		18.239.996
Orçamento Total		297.339.996

6. Que as apropriações serão financiadas por:

(a) Contribuições fixas estimadas no que se refere a:

Estados Membros, Estados Participantes e Membros
Associados avaliadas pela escala adotada.....210.639.996

(b) Receitas diversas6.000.000

(c) Proporção da AMRO
(cálculo com base nas alocações 2012-2013)80.700.000

TOTAL297.339.996

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

cidadãos e residentes serão reduzidos no valor correspondente ao montante dos respectivos reembolsos tributários efetuados pela RSPA.

8. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, os montantes que não excederem as apropriações indicadas no parágrafo 5 estarão disponíveis para o pagamento de obrigações incorridas entre 1º de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2015; apesar da provisão deste parágrafo, durante o exercício financeiro 2014-2015 as obrigações serão limitadas ao orçamento efetivo de trabalho, ou seja, as Categorias 1 a 6 do quadro de apropriações do parágrafo 5.

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

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

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

12. Calcular o montante de gastos no Programa e Orçamento 2014-2015 a ser financiados por outras fontes em \$284.000.000, como refletido no *Documento Oficial 346*.

(Quarta reunião, 1º de outubro de 2013)

CD52.R4: Contribuições Fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2014-2015

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na Resolução CD52.R3 o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015 (*Documento Oficial 346*);

Levando em consideração que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de contribuições fixas a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de cotas de contribuição adotada pela Organização dos Estados Americanos para os seus membros, cujo ciclo atual se estende até 2014, e que na Resolução CD51.R11 (2011) o Conselho Diretor adotou esta escala de contribuições para os membros da OPAS,

RESOLVE:

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

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

Membros	Escala Ajustada aos Membros da OPAS		Contribuição Bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a Título de Impostos Cobrados sobre Salários Recebidos pelos Funcionários da RSPA		Contribuição Líquida	
	2014 %	2015^ %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Estados Membros										
Antígua e Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.536.106	2.536.106	219.610	219.610			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	65.298	65.298	5.654	5.654			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	47.394	47.394	4.104	4.104			43.290	43.290
Belize	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Bolívia	0,049	0,049	51.607	51.607	4.469	4.469			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.469.861	10.469.861	906.619	906.619			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	12.608.910	12.608.910	1.091.846	1.091.846	90.000	90.000	11.607.064	11.607.064
Chile	1,189	1,189	1.252.255	1.252.255	108.437	108.437			1.143.818	1.143.818
Colômbia	1,049	1,049	1.104.807	1.104.807	95.669	95.669			1.009.138	1.009.138
Costa Rica	0,221	0,221	232.757	232.757	20.155	20.155			212.602	212.602

Membros	Escala Ajustada aos Membros da OPAS		Contribuição Bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a Título de Impostos Cobrados sobre Salários Recebidos pelos Funcionários da RSPA		Contribuição Líquida	
	2014 %	2015^ %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Cuba	0,183	0,183	192.736	192.736	16.690	16.690			176.046	176.046
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
El Salvador	0,114	0,114	120.065	120.065	10.397	10.397			109.668	109.668
Equador	0,258	0,258	271.726	271.726	23.530	23.530			248.196	248.196
Estados Unidos	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.421.384	5.421.384	9.300.000	9.300.000	66.486.090	66.486.090
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	176.938	176.938	15.322	15.322			161,616	161.616
Guiana	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Haiti	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	53.713	53.713	4.651	4.651			49.062	49.062
Jamaica	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
México	8,281	8,281	8.721.549	8.721.549	755.227	755.227			7.966.322	7.966.322
Nicarágua	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	166.406	166.406	14.410	14.410			151.996	151.996
Paraguai	0,093	0,093	97.948	97.948	8.482	8.482			89.466	89.466
Peru	0,688	0,688	724.602	724.602	62.746	62.746			661.856	661.856
República Dominicana	0,257	0,257	270.672	270.672	23.438	23.438			247.234	247.234
Santa Lúcia	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
São Cristóvão e Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022	23.170	23.170	2.006	2.006			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	35.809	35.809	3.101	3.101			32.708	32.708
Trinidad e Tobago	0,180	0,180	189.576	189.576	16.416	16.416			173.160	173.160
Uruguai	0,214	0,214	225.385	225.385	19.517	19.517			205.868	205.868
Venezuela	2,186	2,186	2.302.295	2.302.295	199.363	199.363	30.000	30.000	2.132.932	2.132.932
Subtotal	99,583	99,583	104.880.815	104.880.815	9.081.969	9.081.969	9.420.000	9.420.000	105.218.846	105.218.846
Estados Participantes										
França	0,219	0,219	230.651	230.651	19.973	19.973			210.678	210.678

Membros	Escala Ajustada aos Membros da OPAS		Contribuição Bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes a Título de Impostos Cobrados sobre Salários Recebidos pelos Funcionários da RSPA		Contribuição Líquida	
	2014 %	2015^ %	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$	2014 US\$	2015 US\$
Países Baixos	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Reino Unido	0,046	0,046	48.447	48.447	4.195	4.195			44.252	44.252
Subtotal	0,282	0,282	297,002	297,002	25,718	25,718			271,284	271,284
Membros Associados										
Aruba	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Curaçao	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Porto Rico	0,084	0,084	88.469	88.469	7.661	7.661			80.808	80.808
Sint Maarten	0,017	0,017	17.904	17.904	1.550	1.550			16.354	16.354
Subtotal	0,135	0,135	142.181	142.181	12.311	12.311			129.870	129.870
TOTAL	100	100	105.319.998	105.319.998	9.119.998	9.119.998	9.420.000	9.420.000	105.620.000	105.620.000

(Quarta reunião, 1º de outubro de 2013)

CD52.R5: Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento conceitual *Os Princípios do Fundo Rotativo para a compra de vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde* (Documento CD52/17) e considerando as importantes contribuições do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para os Estados Membros em matéria de imunização;

Levando em conta que a maioria dos Estados Membros determinou que a imunização é um bem público que contribui de maneira importante à redução da mortalidade infantil, e conseguiu a erradicação da poliomielite e a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita, bem como os avanços para o controle epidemiológico na Região de outras doenças imunopreveníveis;

Considerando que o Fundo Rotativo tem sido determinante no acesso oportuno e equitativo a vacinas de qualidade para os Estados Membros, na sustentabilidade financeira dos programas de imunização e na introdução de vacinas novas;

Reconhecendo a importância de manter a participação ativa dos Estados Membros em conformidade com os princípios de solidariedade e pan-americanismo para fortalecer a economia de escala e seus benefícios;

Levando em conta a repercussão dos preços atuais das vacinas na sustentabilidade financeira e no avanço na introdução de novas vacinas;

Considerando que o contexto mundial apresenta desafios para o Fundo Rotativo, inclusive os diferentes mecanismos de financiamento internacional e as novas vacinas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - (a) apoiar o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS como o mecanismo estratégico de cooperação técnica que facilita o acesso oportuno e equitativo a vacinas e insumos conexos para os programas nacionais de imunização da Região das Américas;
 - (b) ratificar os princípios, os termos e condições e os procedimentos do Fundo Rotativo em benefício da saúde da Região das Américas;
 - (c) promover a solidariedade e o pan-americanismo na participação no Fundo Rotativo e adquirir as vacinas por intermédio deste mecanismo de cooperação técnica.
2. Solicitar à Diretora que:
 - (a) certifique-se de que o Fundo Rotativo seja administrado respeitando e cumprindo, sem exceção, seus princípios, objetivos e termos e condições, dado que contribuíram para o êxito e avanço dos programas nacionais de imunização da Região;
 - (b) mantenha o diálogo com os representantes das iniciativas e mecanismos de financiamento internacional com vistas a obter um fornecimento suficiente de vacinas, que satisfaça as necessidades mundiais das populações destinatárias,

- salvaguardando ao mesmo tempo o acesso dos Estados Membros da OPAS aos preços mais baixos;
- (c) revise as exceções feitas no passado aos princípios, termos e condições e procedimentos do Fundo Rotativo para determinar a vigência dessas exceções, conforme couber.

(Quarta reunião, 1º de outubro de 2013)

CD52.R6: *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans*

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT)* (Documento CD52/18), e aceitando que o trabalho em direção ao acesso universal à saúde requer uma abordagem às barreiras políticas, socioculturais e históricas à atenção a membros de populações estigmatizadas, discriminadas e marginalizadas, inclusive a população LGBT;

Recordando as Resoluções WHA62/12 e WHA62/14 da Assembleia Mundial da Saúde como exemplos do compromisso da comunidade internacional em apoiar os valores e princípios da atenção primária à saúde, inclusive a equidade, a solidariedade, a justiça social, o acesso universal aos serviços, a ação multissetorial, a descentralização e a participação comunitária, como a base para o fortalecimento dos sistemas de saúde;

Consciente da Resolução CSP27.R10 da Conferência Sanitária Pan-Americana (2007), a *Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente*, e as Resoluções do Conselho Diretor CD45.R10 (2004), *Ampliação do tratamento numa resposta integral ao HIV/AIDS*; CD49.R12 (2009), o *Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero*; CD49.R14 (2009), o *Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem*; e CD50.R8 (2010), *A saúde e os direitos humanos*;

Consciente de que a Conferência Sanitária Pan-Americana identificou que a qualidade de atenção nos serviços de saúde é também medida pelo acesso limitado, marcado por barreiras administrativas, geográficas, econômicas, culturais e sociais e indiferença à integração da perspectiva de gênero na prestação de serviços de saúde no contexto da *Política e estratégia regionais para garantia da qualidade da atenção de saúde, inclusive a segurança do paciente* (Documento CSP27/16 [2007]);

Alarmado pelas tendências da violência e perseguição contra pessoas LGBT, e asseverando que a violência contra pessoas LGBT, particularmente a violência sexual, é um indicador crítico de marginalização, desigualdade, exclusão e discriminação;

Reconhecendo que o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas LBGT frequentemente as impede de obter acesso aos serviços de saúde necessários, inclusive de saúde mental, e a uma ampla gama de serviços, e que este e outros fatores de exclusão social e cultural produzem desigualdades e disparidades em saúde e aumentam a vulnerabilidade a desfechos de saúde adversos;

Conferindo importância máxima à eliminação das desigualdades de saúde, inclusive aquelas associados as expressões de gênero e as identidades de gênero;

Preocupado que um fracasso em direcionar e prestar serviços de saúde acessíveis às populações que deles necessitam enfraquece a efetividade dos sistemas de saúde;

Reafirmando que o acesso universal à atenção é um componente principal dos sistemas nacionais de saúde fortes, e que a atenção universal deve impulsionar a eficiência e a igualdade do acesso aos serviços de saúde por todos e a proteção social e financeira de uma maneira não discriminatória;

Reconhecendo a função crucial da sociedade civil, inclusive das organizações de caráter religioso, na promoção do acesso aos serviços de saúde por todos,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - (a) trabalharem para promover a prestação de serviços de saúde a todas as pessoas com pleno respeito pela dignidade humana e pelos direitos à saúde dentro do alcance do marco jurídico de cada Estado Membro, levando em consideração a diversidade de expressões de gênero e identidades de gênero;
 - (b) dar prioridade à promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde nas políticas, planos e legislação e considerar a possibilidade de elaborar e fortalecer políticas de proteção social universais e integrais, que incluam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a atenção à saúde, e à promoção da disponibilidade e acessibilidade de bens e serviços essenciais para a saúde e para o bem-estar, levando em consideração o estigma, a discriminação e a perseguição enfrentadas pela comunidade LGBT;
 - (c) coletar dados sobre o acesso à assistência de saúde e a instalações de saúde para a população LGBT, levando em consideração o direito à privacidade com respeito a

toda e qualquer informação pessoal relacionada com a saúde, com a finalidade de fortalecer o planejamento, a provisão e a monitoração de assistência e serviços de saúde, e de políticas, programas, leis e intervenções de saúde para a população LGBT.

2. Solicitar à Diretora que elabore, dentro dos recursos existentes, um relatório sobre a situação de saúde e o acesso à assistência da população LGBT, as barreiras que esta população pode enfrentar para obter acesso aos serviços de saúde e o impacto do acesso reduzido por esta população, em consulta com os Estados Membros e interessados diretos relevantes.

(Quarta reunião, 1º de outubro de 2013)

CD52.R7: Eleição de Três Estados Membros Para Integrar o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos dos Estados Unidos da América, Granada e Peru

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo em mente as disposições dos Artigos 9.B e 15.A da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando que Bahamas, Costa Rica e Equador foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, da Granada e do Peru,

RESOLVE:

1. Declarar Bahamas, Costa Rica e Equador eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer aos Estados Unidos da América, à Granada e ao Peru pelos serviços prestados durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

(Quinta reunião, 2 de outubro de 2013)

CD52.R8: Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o *Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019* apresentado pela Diretora (*Documento Oficial 345*);

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

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

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

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

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

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

Reconhecendo os desafios na definição de métricas e parâmetros abrangentes e padronizados para monitorar e avaliar, de forma apropriada, a implementação do Plano Estratégico, com a contribuição de todos os Estados Membros, além das oportunidades para novas melhorias;

Reconhecendo os avanços na definição de uma abordagem sistemática e padronizada para a estratificação das prioridades programáticas e, ao mesmo tempo, reconhecendo as limitações das metodologias existentes para responder ao contexto da Organização e do seu Plano Estratégico,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019.
2. Agradecer aos membros do CCG por seu compromisso e aporte técnico e estratégico no desenvolvimento do Plano Estratégico e expressar o seu agradecimento à Diretora pelo apoio eficaz de todos os níveis da RSPA ao CCG e ao enfoque participativo usado neste importante processo.
3. Levando em consideração as prioridades e contextos de cada país, incentivar aos Estados Membros a determinar as ações a serem tomadas e os recursos necessários a fim de alcançar as metas do Plano Estratégico.
4. Convidar as organizações pertinentes do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano, parceiros no desenvolvimento internacional, instituições financeiras internacionais, organizações não governamentais, o setor privado e outras entidades a considerarem a possibilidade de apoiar o alcance dos resultados incluídos no Plano Estratégico.
5. Examinar a avaliação intermediária do Plano Estratégico com o objetivo de revisar o Plano, inclusive seus indicadores e metas, como possa ser necessário.
6. Solicitar ao Comitê Executivo o estabelecimento de um grupo de trabalho de representantes dos Estados Membros que continuará a trabalhar nas definições finais e dos indicadores de resultados intermediários, além de oferecer orientação sobre um sistema de monitoramento e avaliação eficaz para o Plano Estratégico da OPAS, e apresentar os resultados do processo de validação dos indicadores ao Comitê Executivo e ao Conselho Diretor em 2014, para a aprovação das linhas de base e metas revistas.
7. Solicitar à Diretora a:
 - (a) usar o Plano Estratégico para dar direção estratégica à Organização durante o período de 2014 -2019 de modo a estimular o progresso da Agenda de Saúde para as Américas e da agenda global de saúde contida no duodécimo segundo programa geral de trabalho da Organização Mundial da Saúde;
 - (b) usar o Plano Estratégico como o marco principal para coordenação e mobilização de recursos;
 - (c) instituir um sistema abrangente e responsável de monitoramento e avaliação, com aporte dos Estados Membros, para prestar informações sobre a implementação do

- Plano Estratégico usando e expandindo, conforme necessário, os sistemas existentes de informação da Organização;
- (d) concluir o Compêndio de Indicadores, que abrange as definições e os critérios de mensuração padronizados para todos os indicadores, conforme recomendado pelo CCG; e levar a cabo um processo de validação das linhas de base e metas do Plano em consulta com os Estados Membros durante o planejamento operacional para o biênio 2014-2015;
 - (e) visitar a metodologia de estratificação das prioridades programáticas com os Estados Membros no intuito de aprimorar a metodologia e aplicar os resultados revistos em programas e orçamentos futuros;
 - (f) prestar informações sobre a implementação do Plano Estratégico em relatórios bienais de avaliação do desempenho;
 - (g) realizar uma avaliação intermediária e uma avaliação ao final do Plano Estratégico;
 - (h) recomendar ao Conselho Diretor, através do Comitê Executivo, junto com os projetos bienais de programa e orçamento 2016 -2017 e 2018 -2019, as revisões do Plano Estratégico conforme necessário.

(Sexta reunião, 2 de outubro de 2013)

CD52.R9: Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* (Documento CD52/7, Rev. 1);

Recordando a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e o Controle das Doenças Não Transmissíveis (DNTs), a qual reconhece que o ônus e a ameaça das DNTs constituem um dos principais desafios ao desenvolvimento no século XXI;

Considerando a *Estratégia da OPAS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* (Documento CSP28/9, Rev. 1 [2012]), que fornece uma estrutura geral para a ação no tocante às DNTs na Região para o período 2012-2025; o consenso em torno da estrutura de monitoração global das DNTs da Organização Mundial da

Saúde, que compreende nove metas globais voluntárias e 25 indicadores, inclusive uma meta global de redução de 25% da mortalidade prematura por DNTs até 2025; bem como o plano de ação global da OMS para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013-2020, que estabelece ações para a Secretaria, os Estados Membros e parceiros;

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

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

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

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

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

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* para 2013-2019.

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

2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado em seus contextos, a:
 - (a) dar prioridade às DNTs nas agendas de desenvolvimento nacional e sub-regional da saúde, e defender nos níveis mais altos a implementação sustentável de intervenções eficazes, baseadas em dados comprovados e eficazes em termos de custo para prevenir e controlar as DNTs;
 - (b) implementar políticas, programas e serviços nacionais e sub-regionais de DNTs alinhados com o plano regional de ação para as DNTs e adequados ao contexto e circunstâncias de cada Estado Membro e sub-região;
 - (c) promover diálogo e coordenação entre os ministérios e outras instituições públicas e acadêmicos e escritórios das Nações Unidas nos países, e com os setores público e privado e a sociedade civil, com o objetivo de executar de forma integrada intervenções eficazes de prevenção de DNTs que levem em consideração os determinantes sociais da saúde;
 - (d) elaborar e promover políticas, sistemas, e ações multissetoriais; e planos nacionais de saúde que protejam e promovam a saúde de populações inteiras reduzindo a exposição a fatores de risco de DNTs e intensificando a exposição a fatores de proteção, particularmente entre as pessoas que vivem em situações vulneráveis;
 - (e) aumentar e manter a capacidade da saúde pública para o eficaz planejamento, execução e administração de programas, reconhecendo que a prevenção eficaz e o controle das DNTs requer uma mescla de políticas para o conjunto da população e intervenções individuais, com acesso equitativo ao longo da vida para a prevenção, tratamento e cuidado de qualidade no fim da vida por meio da proteção social na saúde, com ênfase no enfoque da atenção primária à saúde;
 - (f) apoiar a pesquisa e a implementação sustentável de sistemas de vigilância para coletar dados sobre DNTs e seus fatores de risco, bem como informações sobre os determinantes socioeconômicos da saúde, para montar a base de conhecimentos sobre políticas equitativas e eficazes em termos de custo e definir intervenções para prevenir e controlar as DNTs.
3. Solicitar à Diretora que:
 - (a) lidere uma resposta regional às DNTs, convocando os Estados Membros, outras agências das Nações Unidas, instituições científicas e técnicas, organizações não governamentais, organizações da sociedade civil, o setor privado e outros para avançar ações multissetoriais e parcerias colaborativas com o fim de implementar o Plano de Ação para Prevenção e Controle de DNTs e ao mesmo tempo salvaguardar a OPAS e as políticas de saúde pública da influência indevida por

- qualquer forma de conflito de interesses real, percebido ou potencial de uma maneira que complemente o mecanismo de coordenação global da OMS;
- (b) apoie as redes regionais existentes, como a CARMEN, alianças estratégicas como o Fórum Pan-Americano para Ação contra as DNTs, órgãos sub-regionais de DNTs e os Estados Membros para promover e fortalecer a resposta de toda a sociedade e todo o governo; e facilitar diálogo entre os países e o compartilhamento das experiências e lições sobre as experiências inovadoras e de sucesso nas políticas, programas e serviços das DNTs;
 - (c) apoie os Estados Membros nos seus esforços para fortalecer os sistemas de informação sanitária para monitorar as DNTs e seus fatores de risco, indicadores socioeconômicos relevantes e o impacto das intervenções de saúde pública;
 - (d) apoie a manutenção das estratégias regionais para controle de DNTs específicas e seus fatores de risco, que estão informando a estratégia e plano de ação regional para as DNTs, inclusive a formulação ou adaptação de diretrizes técnicas e ferramentas para DNTs específicas e fatores de risco a fim de facilitar a implementação do plano de ação;
 - (e) monitore a implantação do *Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis* para 2013-2019, nos pontos médio e final do período de execução, e fornecer ao Conselho Diretor da OPAS um relatório a esse respeito.

(Sétima reunião, 3 de outubro de 2013)

CD52.R10: Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central* (Documento CD52/8);

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

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

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

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

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

RESOLVE:

1. Tomar conhecimento do documento conceitual *Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central*.
2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado, a:
 - (a) respaldar a Declaração de San Salvador, que reconhece a doença renal crônica de causas não tradicionais na América Central como um grave problema de saúde pública;
 - (b) promover a elaboração e a implementação de agendas de pesquisas nacionais e regionais para a doença renal crônica que permitam acabar com as lacunas no conhecimento;
 - (c) promover alianças com outros setores do governo, agências de desenvolvimento, sociedade civil, comunidades afetadas, meio acadêmico, iniciativa privada e outros interessados para coordenar os esforços, mobilizar recursos, estabelecer planos nos níveis regional, nacional e subnacional e promover políticas públicas, programas e ações sustentáveis, baseadas em evidências para aliviar com urgência as consequências sociais, econômicas e de saúde dessa doença;
 - (d) fortalecer a vigilância da doença renal crônica com foco nas populações e comunidades em risco;
 - (e) fortalecer suas capacidades em relação com a saúde ambiental e ocupacional e intervenções preventivas, incluindo a educação em saúde, levando em consideração os sistemas reguladores e os compromissos e as normas internacionais;
 - (f) fortalecer os serviços de saúde para melhorar a qualidade da atenção e a segurança dos pacientes, a disponibilidade de recursos humanos, medicamentos e tecnologias em saúde e o financiamento de serviços baseados em evidências.

3. Instar a Diretora a:
- (a) continuar defendendo a mobilização efetiva de recursos e encorajar os Estados Membros a exercer um papel ativo na aplicação desta resolução;
 - (b) prestar apoio técnico aos Estados membros para que fortaleçam os sistemas de vigilância e facilitar o avanço das prioridades de pesquisa para a doença renal crônica;
 - (c) promover o fortalecimento das capacidades dos países em relação com a saúde ambiental e ocupacional e intervenções preventivas, levando em consideração os sistemas reguladores e os compromissos e as normas internacionais;
 - (d) prestar apoio aos esforços dos países para adotar um enfoque integral baseado em evidências para enfrentar a doença renal crônica, incluindo a gestão de recursos humanos e os mecanismos de compra de medicamentos e outras provisões essenciais de saúde pública como o Fundo Estratégico da OPAS, a fim de aumentar a cobertura, o acesso e a qualidade da atenção;
 - (e) continuar alertando os países a respeito do risco aumentado da doença renal crônica em populações e comunidades em risco;
 - (f) apresentar bianualmente aos Órgãos Diretores a situação de progresso na execução desta resolução.

(Oitava reunião, 3 de outubro de 2013)

CD52.R11: Proteção Social em Saúde

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento conceitual *Proteção Social em Saúde* (Documento CD52/5);

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

Levando em consideração que a Assembleia Geral das Nações Unidas, em seu sexagésimo sétimo período de sessões, reconhece que as melhoras na proteção social

voltadas para a cobertura universal constituem um investimento nas pessoas que as capacita para ajustar-se às mudanças na economia e no mercado de trabalho;

Cientes do marco da Rede Interamericana de Proteção Social (RIPSO), acordado pelas lideranças e chefes de estado na 5ª Cúpula das Américas para aliviar a pobreza e reduzir as desigualdades por meio do compartilhamento de melhores práticas em proteção social e da facilitação da cooperação em assistência técnica, e do Grupo de Trabalho Conjunto das Cúpulas, do qual a OPAS é membro, e o qual apoia a implementação da RIPSO; bem como da iniciativa das Nações Unidas sobre o piso de proteção social, adotada em 2009 pelo Conselho Diretor Executivo do Sistema das Nações Unidas, e a Recomendação 202 sobre os pisos de proteção social, adotada pela Organização Internacional do Trabalho em 2012;

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

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

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

RESOLVE:

1. Tomar nota do documento conceitual *Proteção Social em Saúde*.
2. Instar aos Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a:
 - (a) reconhecer a necessidade de fortalecer as iniciativas de saúde e proteção social a fim de reduzir a repercussão da pobreza nos resultados da saúde na Região;
 - (b) incorporar, conforme apropriado, o conceito de proteção social em saúde como fundamento nos processos de governança e transformação dos sistemas de saúde, inclusive com a criação ou fortalecimento de instituições encarregadas de promover a proteção social em saúde;

- (c) instituir marcos jurídicos, conforme apropriado, que definam as medidas relacionadas com a proteção social em saúde, no marco do direito ao gozo do nível máximo de saúde que se possa alcançar, da solidariedade e da equidade, como elementos para reduzir a pobreza na Região;
 - (d) fortalecer os componentes de saúde dos programas de proteção social (dando ênfase especial à atenção primária à saúde e aos determinantes sociais da saúde), inclusive os programas de transferência condicionada de renda, os planos de saúde integrais e outros programas sociais, conforme apropriado;
 - (e) promover a participação social e o trabalho inter-setorial, bem como a conscientização dos direitos e obrigações no que tange às pessoas, famílias e comunidade, tanto na sociedade mesma como no coletivo de trabalhadores do sistema de saúde;
 - (f) utilizar mecanismos já estabelecidos, como a Rede Interamericana de Proteção Social e outras iniciativas regionais e sub-regionais, para compartilhar as melhores práticas em programas de combate à pobreza relacionados à saúde implementados por governos e instituições em toda a Região;
 - (g) estabelecer os mecanismos de sustentabilidade financeira, conforme apropriado, para financiar o sistema de proteção social em saúde;
 - (h) desenvolver e fortalecer, conforme apropriado, as capacidades nacionais e sub-nacionais de geração de dados para a tomada de decisões informadas, a fim de implementar e fortalecer o sistema de proteção social em saúde.
3. Solicitar à Diretora que:
- (a) fortaleça a cooperação técnica em matéria de proteção social em saúde como eixo prioritário de trabalho na trajetória para a cobertura universal;
 - (b) promova a geração de informações sistemáticas e de evidências sobre lacunas e avanços na proteção social em saúde observados nos países da Região, inclusive evidências e melhores práticas sobre a transferência condicionada de dinheiro;
 - (c) divulgue e promova as boas práticas em matéria de proteção social em saúde e promova a comunicação e a articulação dos avanços da Região em matéria de proteção social com os debates da Organização Mundial da Saúde sobre cobertura universal em saúde, alavancando os mecanismos já existentes;
 - (d) fortaleça o trabalho interinstitucional em matéria de proteção social;

- (e) com base neste documento conceitual, formule uma estratégia que defina o roteiro para a abordagem da proteção social em saúde na Região, reconhecendo as realidades particulares de cada Estado Membro e levando em consideração que há muitas maneiras de se alcançar a proteção social em saúde.

(Oitava reunião, 3 de outubro de 2013)

CD52.R12: Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento *Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros* (Documento CD52/15);

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

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

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

RESOLVE:

1. Aumentar a atual taxa de três e meio por cento (3,5%) cobrada para as compras de todas as provisões de saúde pública para os Estados Membros da OPAS pela Repartição Sanitária Pan-Americana por três quartos de um por cento (0,75%), para um total de quatro e vinte e cinco por cento (4,25%), a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2014.
2. Creditar a taxa adicional cobrada (0,75%) no Fundo Especial para Gastos de Apoio a Programas para fazer face aos custos administrativos das atividades de compras em toda a Organização dos três mecanismos de compras a seguir:
 - (a) compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros,
 - (b) Fundo Rotativo para Compra de Vacinas,

- (c) Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública.
3. Rever a taxa cobrada pela Repartição Sanitária Pan-Americana para as compras de todas as provisões públicas de saúde para os Estados Membros ao fim de cada biênio.
 4. Solicitar que a Diretora apresente um relatório sobre este tema aos Órgãos Diretivos ao fim de cada biênio.

(Oitava reunião, 3 de outubro de 2013)

CD52.R13: Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento de política *Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde* (Documento CD52/6);

Reconhecendo a importância estratégica dos recursos humanos em saúde (RHS) para o alcance da meta de cobertura universal de saúde alicerçada no desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária (APS) e melhoria da saúde e do bem-estar de indivíduos, famílias e comunidades;

Preocupado com as persistentes desigualdades no acesso à serviços de atenção integral à saúde de qualidade atribuíveis à falta de pessoal da saúde em áreas rurais e remotas e entre grupos populacionais e comunidades subatendidas ou vulneráveis;

Considerando a adoção pela 63ª Assembleia Mundial da Saúde do Código de Conduta Global da OMS para o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde (Resolução WHA63.16 [2010]), que aborda os desafios decorrentes da mobilidade dos profissionais da saúde entre os países e dentro de cada país;

Levando em consideração o progresso feito na Região com respeito às *Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde 2007 -2015* (Documento CSP27/10 [2007]) e a *Estratégia para Desenvolvimento de Competência de Pessoal da Área de Saúde em Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde* (Resolução CD50.R7 [2010]),

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros, conforme apropriado em seus contextos particulares e levando em consideração suas prioridades, a:
 - (a) reiterar o compromisso com o alcance das metas regionais para recursos humanos em saúde para 2007-2015;
 - (b) desenvolver planos e políticas nacionais de recursos humanos centrados na equidade e na igualdade, de acordo com os respectivos setores sociais e principais interessados diretos para melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em APS e avançar para alcançar cobertura universal de saúde;
 - (c) estabelecer e fortalecer uma unidade de planejamento estratégico e de gestão de recursos humanos em saúde com a capacidade de conduzir, atrair a participação e produzir consenso entre autoridades de educação, centros de saúde acadêmicos, associações de profissionais, autoridades sanitárias estaduais e locais, centros de saúde e organizações comunitárias sobre as necessidades atuais e futuras dos RHS, em particular para sistemas de saúde baseados na APS;
 - (d) dar autonomia e respaldo a equipes multiprofissionais colaborativas de APS baseadas em modelos de atenção estabelecidos, melhorar ao máximo o alcance da prática de cada profissão segundo a própria competência, inclusive especialistas clínicos não médicos e trabalhadores comunitários da saúde, e promover e monitorar a inovação ao melhorar o desempenho e a gestão das equipes de APS;
 - (e) identificar, monitorar e notificar carências específicas de profissionais da saúde, principalmente nas populações vulneráveis e no primeiro nível da atenção, como base para a execução de programas e intervenções especiais para sanar a falta;
 - (f) investir na produção, disponibilidade, utilização e análise de dados básicos de recursos humanos em saúde, melhorar a qualidade dos sistemas de informação de recursos humanos para planejamento e tomada de decisão e dar apoio à capacidade de pesquisa em questões prioritárias de RHS, como o Observatório Regional de Recursos Humanos em Saúde;
 - (g) promover a missão social e a responsabilidade da educação em ciências da saúde e dos centros de credenciamento e o compromisso com a APS e a cobertura universal de saúde, e permitir e ampliar a rede de centros de saúde comunitária e hospitais com responsabilidades e capacidade de ensino em comunidades subatendidas;

- (h) promover reformas na educação de profissões de saúde para respaldar sistemas de saúde baseados na APS, aumentar o número de vagas para profissões médicas relevantes à APS, inclusive para médicos da família, enfermeiros de práticas avançadas e especialistas clínicos não médicos, de acordo com as prioridades e as políticas públicas na APS;
 - (i) implementar e avaliar periodicamente regulamentações específicas, benefícios e incentivos, tanto financeiros como não financeiros, para recrutar, contratar e dar estabilidade ao pessoal em sistemas de saúde baseados na APS, principalmente em áreas remotas e subatendidas;
 - (j) reiterar o compromisso com o Código de Conduta Global da OMS para o Recrutamento Internacional de Profissionais da Saúde e incentivar todos os Estados Membros a designar sua autoridade nacional para o Código e concluir a prestação de informações exigida para apoiar a implementação bem-sucedida do Código.
2. Solicitar à Diretora a:
- (a) intensificar a cooperação técnica da Organização com e entre os Estados Membros para elaborar políticas e planos de recursos humanos norteados pelo objetivo abrangente de cobertura universal de saúde e da estratégia de atenção primária à saúde;
 - (b) dar cooperação técnica para fortalecer a capacidade de planejamento de RHS das autoridades sanitárias nacionais, permitindo-lhes abordar as desigualdades no acesso das comunidades subatendidas e vulneráveis ao pessoal de saúde, e determinar as lacunas existentes em recursos humanos, em particular profissionais de atenção primária, com ênfase especial na disponibilidade, distribuição, competência e motivação;
 - (c) identificar, documentar, analisar e difundir experiências, métodos e inovações sendo realizadas nos países da Região com relação à disponibilidade e o acesso ao pessoal de saúde;
 - (d) facilitar o diálogo entre as autoridades de educação, instituições de educação de nível superior em saúde e autoridades sanitárias nacionais para o fortalecimento da APS e equipes colaborativas de APS;
 - (e) manter e ampliar as principais redes regionais de compartilhamento de conhecimento em RHS, a saber, o Observatório Regional de Recursos Humanos

- em Saúde, Campus Virtual para Saúde Pública e o Ambulatório Virtual de Aprendizagem;
- (f) finalizar a avaliação das 20 Metas Regionais para Recursos Humanos em Saúde de 2007 -2015 e iniciar a consulta regional sobre RHS na agenda de desenvolvimento pós-2015;
 - (g) exortar a observância do Código de Conduta Global da OMS no Recrutamento Internacional de Profissionais de Saúde e oferecer cooperação técnica para apoiar a observância do Código, incluindo a designação de uma autoridade nacional e a apresentação dos instrumentos de prestação de informações exigidos.

(Nona reunião, 4 de outubro de 2013)

CD52.R14: Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento *Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização* (Documento CD52/9);

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

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

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

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

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros, conforme apropriado às suas realidades particulares, a:

- (a) tomar nota dos enfoques de política descritos no documento *Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização*, para, em colaboração com a Repartição Sanitária Pan-Americana e outros interessados diretos relevantes, considerar:
 - i. promover o estabelecimento formal e fortalecer grupos técnicos assessores nacionais sobre imunização existentes ou outros órgãos regionais de política que sirvam aos mesmos propósitos, como é o caso do Comitê Assessor do Caribe, que fornece recomendações para toda a sub-região;
 - ii. fundamentar a formulação de políticas de imunização numa ampla base de provas nacionais, compreendendo os critérios técnicos, programáticos, financeiros e sociais necessários para tomar decisões informadas;
 - iii. desenvolver, onde seja identificada tal necessidade, grupos técnicos de trabalho para sintetizar e/ou gerar provas derivadas localmente para informar o processo de tomada de decisões;
 - iv. promover a implementação das atividades para harmonizar os processos de planejamento e determinação de custos dos programas nacionais de imunização, criando fortes vínculos entre os usos de informações sobre custos em orçamentação, planejamento e tomada de decisões;
 - v. compartilhar essas experiências para avaliar outras intervenções de saúde dentro da estrutura conceitual de avaliação de tecnologia em saúde;
- (b) buscar medidas para formalizar esses enfoques de política mediante:
 - i. efetivação de contextos jurídicos ou administrativos para formalizar os comitês técnicos nacionais ou sub-regionais assessores de imunização;
 - ii. promoção da disponibilidade de recursos adequados para apoiar a coleta e síntese de dados e o uso de provas no processo decisório para imunização.

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

(Nona reunião, 4 de outubro de 2013)

CD52.R15: Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas

O 52º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o Documento *Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas* (Documento CD52/11);

Considerando a Resolução 33/134 das Nações Unidas, que respalda o Plano de Ação de Buenos Aires com respeito à Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) (1978); a Resolução A/RES/64/222 das Nações Unidas, que respalda o documento de resultado da conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul, realizada em Nairóbi (2009); e a declaração da Parceria Busan para a Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento (2011), em seguimento da Declaração de Paris (2005);

Recordando a Resolução EB60.R4 do Conselho Executivo da OMS, que recomenda que os programas e atividades promovam e estimulem a cooperação entre países, e a Resolução CD25.R28 (1977) do Conselho Diretor de OPAS, que recomenda

que estes programas de cooperação técnica sejam conduzidos conjuntamente por países de dentro e fora de grupos sub-regionais;

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

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

Observando que a ajuda tradicional para o desenvolvimento no âmbito da saúde está diminuindo entre os países de renda média, inclusive a maioria dos da Região das Américas, e que devem ser fomentados e fortalecidos os mecanismos complementares de desenvolvimento e cooperação na área da saúde para dar seguimento ao progresso das agendas regionais e globais de saúde;

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

RESOLVE:

1. Aprovar a renovação da política para a cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas, conforme o contido no Documento CD52/11.
2. Instar os Estados Membros a:
 - (a) continuar a promover a causa nos fóruns e no diálogo internacionais, a fim de mobilizar a vontade política e os recursos necessários para apoiar e fortalecer ainda mais a cooperação entre países e outros doadores, e solidificar a sua função como um enfoque complementar para a cooperação internacional;
 - (b) iniciar, conduzir e administrar iniciativas de cooperação para o desenvolvimento da saúde e dar continuidade aos esforços em curso para fortalecer a capacidade nacional para participar da cooperação internacional em saúde tanto nas regiões

- como entre elas, em coordenação com a OPAS, conforme os Estados Membros o considerem adequado;
- (c) promover e intensificar iniciativas em curso para compartilhar práticas adequadas e experiências que depois formam a base para intercâmbios e aprendizagem coletiva entre países, inclusive compartilhar metodologias para a avaliação de cooperação entre atividades de países;
 - (d) apoiar a mobilização dos recursos para fortalecer a cooperação para o desenvolvimento da saúde dentro da Região e em todas as regiões;
 - (e) identificar instituições nacionais associadas com a OPAS/OMS para a cooperação técnica que possam potencialmente fazer parte da iniciativa de cooperação técnica com países da Região em matérias específicas;
 - (f) promover a harmonização, o alinhamento e a complementaridade das agendas pertinentes à saúde entre os organismos sub-regionais e a OPAS, visando fortalecer a cooperação entre países, organismos e outros agentes de mudança para abordar em forma eficaz os problemas comuns em matéria de saúde.
3. Solicitar à Diretora que:
- (a) promova e colabore com os Estados Membros e outros doadores na cooperação Sul-Sul e na cooperação triangular, bem como nos esforços de mobilização de recursos para fortalecer a cooperação entre países e entre blocos sub-regionais como uma modalidade viável e sustentável da cooperação para o desenvolvimento da saúde;
 - (b) incorpore a política sobre cooperação para o desenvolvimento da saúde nos programas de cooperação técnica e no novo Plano Estratégico da Organização, evitando a duplicação de esforços na Região;
 - (c) promova a função de intermediação da Organização e facilite a vinculação de oferta e procura de conhecimentos especializados de saúde, experiência e tecnologia no âmbito nacional, regional e global em coordenação com outros escritórios da OMS, outros organismos do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano e outros associados, especialmente as entidades que apoiam o desenvolvimento da saúde e da assistência humanitária, no âmbito da saúde, inclusive o desenvolvimento de mecanismos apropriados para os intercâmbios inter-regionais;
 - (d) fortaleça as relações com as organizações sub-regionais, inclusive, conforme seja o caso, mediante a assinatura de acordos que designem a Organização como seu órgão especializado em saúde, a fim de facilitar o desempenho do papel

- estratégico da OPAS na coordenação e otimização das oportunidades de cooperação entre países;
- (e) facilite a elaboração das metodologias e diretrizes para a avaliação prévia e posterior das modalidades de cooperação e seu impacto no desenvolvimento da saúde para fortalecer os enfoques com base científica e identifique qual a melhor forma de se usar essas modalidades para fortalecer e acelerar o progresso da saúde na Região;
 - (f) dê seguimento ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da plataforma regional de compartilhamento de conhecimento para facilitar o intercâmbio e participação de práticas adequadas e metodologias baseadas nas experiências dos países;
 - (g) promova a criação de redes e parcerias estratégicas sustentáveis e flexíveis entre instituições nacionais e sub-regionais, centros de excelência regionais, centros colaboradores e atores não-governamentais que possam ser convocados para lidar com questões de saúde compartilhadas dentro de e em todas as regiões;
 - (h) fortaleça os mecanismos de cooperação técnica entre países, promovendo seu uso estratégico na abordagem das prioridades e dos problemas específicos de saúde que possam ser abordados com mais eficácia através da ação coletiva dentro de e em todas as regiões;
 - (i) apresente ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana avaliações periódicas da execução e do impacto da política sobre cooperação, especialmente a que implica a mobilização de recursos para a Organização para o desenvolvimento da saúde nas Américas, visando pôr em destaque os possíveis desafios e fatores de êxito que possam contribuir para aprimorar ainda mais a política, começando na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana;
 - (j) continue promovendo a distribuição equitativa e oportuna das iniciativas de cooperação para o desenvolvimento da saúde no âmbito dos princípios de solidariedade, soberania, dignidade, equidade, desenvolvimento de capacidades e sustentabilidade, alinhado à política setorial de saúde de cada país, a fim de abordar de modo mais eficaz os problemas em matéria de saúde;
 - (k) promova a harmonização de agendas entre a Organização e os blocos de integração sub-regionais que desenvolvem iniciativas em matéria de saúde, a fim de aproveitar as oportunidades de sinergia e complementaridade e evitar possíveis duplicidades.

(Nona reunião, 4 de outubro de 2013)

Decisões

CD52(D1): Designação da Comissão de Credenciais

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Belize, México e Paraguai membros da Comissão de Credenciais

(Primeira reunião, 30 de setembro de 2013)

CD52(D2): Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno, o Conselho elegeu o Equador Presidente, a Bolívia (Estado Plurinacional da) e a Jamaica Vice-Presidentes e Barbados Relator do 52º Conselho Diretor.

(Primeira reunião, 30 de setembro de 2013)

CD52(D3): Estabelecimento da Comissão Geral

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Cuba, São Cristóvão e Névis e os Estados Unidos membros da Comissão Geral.

(Primeira reunião, 30 de setembro de 2013)

CD52(D4): Adoção da Agenda

O Conselho aceitou o acréscimo, à agenda provisória contida no Documento CD52/1, Rev. 1, de dois temas propostos por Estados Membros: “Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde” e “Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans”. O Conselho adotou a agenda modificada como Documento CD52/1, Rev. 2. O Conselho também adotou um programa de reuniões (Documento CD52/WP/1, Rev. 2).

(Primeira reunião, 30 de setembro de 2013)

CD52(D5): *Implementação do Regulamento Sanitário Internacional*

O Conselho Diretor, Havendo tomado nota do documento *Implementação do Regulamento Sanitário Internacional* (Documento CD52/10) e recordando os documentos EB132/15 Add.1 (2013) e A66/16 (2013), nos quais se destaca que os critérios propostos pela Secretaria da OMS têm por objetivo evitar que se criem obstáculos à participação plena dos Estados no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e, ao mesmo tempo, oferecer um incentivo concreto para garantir que as capacidades nacionais estipuladas pelo Regulamento estejam efetivamente presentes em todo o mundo,

1. Decidiu recomendar, com relação aos critérios propostos pela Secretaria da OMS, a concessão da prorrogação do prazo 2014-2016, a fim de estabelecer e manter as capacidades básicas detalhadas no anexo 1 do RSI:
 - (a) que o prazo para a apresentação da solicitação oficial de prorrogação por escrito seja de pelo menos dois meses antes da data de 15 de junho de 2014;
 - (b) apoiar que o novo plano de aplicação contenha os elementos *i* e *iii* propostos pela Secretaria da OMS;¹
 - (c) incentivar a inclusão dos elementos *ii* e *iv* propostos pela Secretaria da OMS² nos novos planos de ação, considerando que sua inclusão é facultativa para os Estados Partes;
 - (d) acrescentar um critério adicional que indique que o assessoramento do Comitê de Exame do RSI deve ser levado em consideração no processo de concessão das prorrogações.
2. Decidiu sugerir que os Estados Partes sejam consultados sobre o alcance das funções reconhecidas do Comitê de Exame em suas tarefas de assessoramento, considerando abranger a análise mundial do nível das capacidades básicas alcançado até o momento pelos países solicitantes.

¹ Esses dois elementos são: (*i*) uma identificação clara e específica dos componentes de capacidade que ainda precisam ser desenvolvidos ou adequados e (*iii*) apresentação do conjunto de ações propostas a serem realizadas e cronograma específico para garantir a instituição das capacidades (alínea *b* do parágrafo 4, Documento CD52/10).

² Esses dois elementos são: (*ii*) descrição das atividades e do progresso feito para instituir estas capacidades até a data, e (*iv*) análise estimada do apoio técnico e recursos financeiros necessários para implementar essas atividades, da proporção destes recursos que será investida proveniente dos orçamentos nacionais e do nível de apoio externo necessário (alínea *b* do parágrafo 4, Documento CD52/10).

3. Decidiu reconhecer a importância de se continuar o debate sobre os procedimentos, os métodos e as ferramentas para monitorar e informar a respeito da situação da implementação do RSI após 2016.
4. Decidiu estabelecer e sistematizar mecanismos sustentáveis que promovam o intercâmbio de boas práticas entre os países.
5. Decidiu solicitar à Diretora que:
 - (a) identifique os recursos para realizar uma reunião regional das autoridades responsáveis pela implementação e operação do RSI no menor prazo possível, a fim de continuar o debate sobre os procedimentos, os métodos e as ferramentas para monitorar e informar a respeito da situação da implementação do RSI após 2016;
 - (b) identifique os recursos para estabelecer mecanismos sustentáveis que promovam o intercâmbio de boas práticas entre os países;
 - (c) transmita esta decisão à Secretaria da OMS juntamente com o relatório desta sessão do Conselho Diretor para que informe devida e detalhadamente a 134ª reunião do Conselho Executivo da OMS.

(Nona reunião, 4 de outubro de 2013)

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do 52º Conselho Diretor, Delegada do Equador, e a Secretária ex officio, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o Relatório Final em língua espanhola.

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

Carina Vance Mafla
Presidente do 52º Conselho Diretor
Delegada do Equador

Carissa F. Etienne
Secretária ex officio do 52º Conselho Diretor
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Nomeação da Comissão de Credenciais
- 2.2 Eleição do Presidente, de Dois Vice-Presidentes e do Relator
- 2.3 Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS
- 2.4 Estabelecimento da Comissão Geral
- 2.5 Adoção da Agenda

3. ASSUNTOS RELATIVOS À CONSTITUIÇÃO

- 3.1 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
- 3.2 Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
- 3.3 Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato dos Estados Unidos da América, Grenada e Peru

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
- 4.2 Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015
- 4.3 Proteção Social em Saúde
- 4.4 Recursos Humanos em Saúde
- 4.5 Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis
- 4.6 Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central

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

- 4.7 Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização
- 4.8 Implantação do Regulamento Sanitário Internacional
- 4.9 Cooperação para o Desenvolvimento de Saúde nas Américas
- 4.10 Painel de Debates: A Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015
- 4.11 Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde
- 4.12 Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas
- 5.2 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012
- 5.3 Modificações do Regulamento Financeiro da OPAS
- 5.4 Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros

6. PRÊMIOS

- 6.1 [Tema eliminado]

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO

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

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO (*cont.*)

7.3 Relatório da 16a Reunião Interamericana, de Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16)

7.4 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:

- A. Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-Nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação Intermediária
- B. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação Intermediária
- C. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas
- D. Aplicação do Convênio-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
- E. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública
- F. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores
- G. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas
- H. Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde
- I. Situação dos Centros Pan-Americanos

7.5 Resoluções e Outras Ações das Organizações Inter-governamentais de Interesse para a OPAS:

- A. 66^a Assembléia Mundial da Saúde
- B. Organizações Sub-regionais
- C. Quadragésimo Terceiro Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

8. OUTROS ASSUNTOS

9. CLAUSURA DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

- OD344* Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2012
- OD 345 e Add. I* Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
- OD 346, Add. I e Add. II* Programa e Orçamento da OPAS 2014-2015

Documentos de Trabalho

- CD52/1, Rev. 2 Agenda
- CD52/2 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
- CD52/3 Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
- CD52/4 Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato dos Estados Unidos da América, Grenada e Peru
- CD52/5 Proteção Social em Saúde
- CD52/6 Recursos Humanos em Saúde
- CD52/7, Rev. 1 Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis
- CD52/8 Doença Renal Crônica em Comunidades Agrícolas da América Central
- CD52/9 Formulação de Políticas Baseadas em Dados Comprovados para os Programas Nacionais de Imunização
- CD52/10 Implantação do Regulamento Sanitário Internacional

CD52/FR (Port.)
Anexo B

Documentos de Trabalho (*cont.*)

CD52/12	Painel de Debates: A Saúde na Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015
CD52/13 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação de Contribuições Fixas
CD52/14	Modificações do Regulamento Financeiro da OPAS
CD52/15	Revisão da Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
CD52/16	TEMA ELIMINADO
CD52/17	Os Princípios do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde
CD52/18	Combatendo as Causas de Disparidades no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelas Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais e Trans

Documentos de Informação

CD52/INF/1	Atualização sobre a Reforma da OMS
CD52/INF/2	Duodécimo Programa Geral de Trabalho da OMS 2014-2019 e o Orçamento por Programas da OMS 2014-2015
CD52/INF/3	Relatório da 16a Reunião Interamericana, de Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16)
CD52/INF/4	Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos: <ul style="list-style-type: none">A. Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Saúde do Recém-Nascido no Contexto do Processo Contínuo da Atenção à Mãe, ao Recém-nascido e à Criança (2008-2015): Avaliação IntermediáriaB. Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita: Avaliação IntermediáriaC. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as Metas de Saúde na Região das Américas

Documentos de Informação (*cont.*)

CD52/INF/4

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos: (*cont.*)

- D. Aplicação do Convênio-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
- E. Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública
- F. Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores
- G. Rumo à Eliminação da Oncocercose (Cegueira dos Rios) nas Américas
- H. Plano de Ação Regional para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (Rev. 1)
- I. Situação dos Centros Pan-Americanos

CD52/INF/5

Resoluções e Outras Ações das Organizações Inter-governamentais de Interesse para a OPAS:

- A. 66.^a Asamblea Mundial de la Salud
- B. Organizaciones subregionales
- C. Quadragésimo Terceiro Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS**

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Edson Joseph
Permanent Secretary
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

Delegates – Delegados

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Social Transformation and
Consumer Affairs
St. John's

Mrs. Elnora Warner
Principal Nursing Officer
Ministry of Health, Social Transformation
and Consumer Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Carbone
Jefa de Gabinete del Secretario de
Determinantes de la Salud y Relaciones
Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Thomas Pippo
Director de Economía de la Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Lic. Brenda Roig
Coordinadora de la Articulación de Abordaje
Territorial Integral
Ministerio de Salud
Buenos Aires

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

Srta. Andrea Candelaria de la Puente
Secretaria del Secretario de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Claudia Madies
Asesora, Subsecretaria de Políticas
Regulación y Fiscalización
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dr. Pablo Ignacio Bustos Villar
Asesor, Secretaría de Determinantes
de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Luciano Escobar
Segundo Secretario, Representante Alterno
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Perry Gomez
Minister of Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Marceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Delon Brennen
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John David Edward Boyce
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

H.E. John Beale
Ambassador, Permanent Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mr. Tennyson Springer
Permanent Secretary [Ag.]
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

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

Ms. Simone Rudder
Minister Counselor, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BARBADOS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Nicole Parris
First Secretary
Permanent Mission of Barbados to the
Organization of American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin
Minister of Health
Ministry of Health
Belmopan City

Delegates – Delegados

Ms. Ardelle Sabido
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Kendall Belisle
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/
ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Carlos Calvimontes
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/
ESTADO PLURINACIONAL DE) (cont.)**

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Diego Pary
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Juan Pablo Torres
Responsable de Asuntos Parlamentarios
del Ministerio de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Alternate – Alterno

Sra. Gina Gil Aguilera
Primer Secretaria, Representante Alterna
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Secretário de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Mr. Breno Dias da Costa
Representante Interino
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Alberto Kleimam
Assessor Especial do Ministro da Saúde
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos

Sra. Indira Meira Gonçalves
Chefe da Divisão de Análise Técnica
Assessoria de Assuntos Internacionais
de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Laura Segall Correa
Analista Técnica de Políticas Sociais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Erwin Epiphanyo
Secretário
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Allan B. Culham
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos

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

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

Dr. Andre Dontigny
Directeur, Direction du développement des
Individus et de l'environnement social à la
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Darío Paya
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CHILE (cont.)

Alternate – Alternos

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Esclentísimo Sr. Andrés González
Embajador, Representante Permanente de
Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Martha Lucía Ospina
Directora Nacional de Epidemiología y
Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Dr. Jaime Matute
Coordinador
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Alternates - Alternos

Sra. Catalina Góngora
Oficina de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Sra. Yadir Salazar Mejía
Ministra Consejera, Representante Alternos
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA (cont.)

Alternates - Alternos (cont.)

Sra. Adriana Maldonado Ruíz
Consejera, Representante Alterna de
Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Daisy María Corrales
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

MSc. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe de Asuntos Internacionales
en Salud
Ministerio de Salud
San José

Sra. Beatríz Eugenia Serrano Pérez
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. María Cristina Castro Villafranca
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Samy Araya Rojas
Ministra Consejera, Representante Alterna
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Portal Miranda
Vice Ministro Primero de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

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

Sr. Luis Javier Baro Baez
Primer Secretario
Misión Permanente de Cuba ante
las Naciones Unidas
Nueva York

Alternate – Alterno

Sr. Jesús Perz
Primer Secretario
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy
Minister of Health
Ministry of Health
Roseau

Delegates – Delegados

H.E. Hubert Charles
Ambassador, Permanent Representative of
the Commonwealth of Dominica to the
Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. David Johnson
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Virgilio Cedano
Viceministro de Planificación y Desarrollo
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Jiovanny F. Ramírez
Embajador, Representante Interino
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Rafael Montero
Director de Desarrollo Estratégico
Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Alternates – Alternos

Sr. Valentín Del Orbe
Ministro Consejero, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Ellen Martínez
Ministra Consejera, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Erika Alvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alternata
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Fernando Suárez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario de Gobernanza de la Salud
Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Magister Carlos André Emanuele
Director Nacional de Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Lic. Cristina Luna
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Marisol Nieto
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Soc. Diana Dávila
Consejera, Representante Alterna del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Joaquín Maza Martelli
Embajador, Representante Permanente de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Dra. María Elena Marroquín Sales
Asistente Técnico, Despacho del
Ministerio de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

EL SALVADOR (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Clarice Modeste-Curwen
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
St. George's

Delegates – Delegados

H.E. Gillian M. S. Bristol
Ambassador, Permanent Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

Alternate – Alterno

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

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marco Vinicio Arévalo
Viceministro de Hospitales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Rodrigo Viemann de León
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. José Carlos Castañeda
Asesor del Ministro de Salud
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternates – Alternos

Dr. Roberto Molina Barrera
Asesor del Programa Nacional de
Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Sr. Luis F. Carranza
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bherie S. Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegate – Delegado

Dr. Shamdeo Persaud
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Florence Duperval Guillaume
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegates – Delegados

Dr. Jean Patrick Alfred
Assistant-Directeur/Unite D'etude et de
Programmation
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Ms. Marie Nicole J. Noel
Chef de Service des Operations
Direction du Programme Elargi de
Vaccination
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

Mr. Uder Antoine
Conseiller special du Ministre
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HONDURAS (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Ranses Lagos Valle
Ministro, Representante Alterno de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Tatiana Zelaya Bustamante
Ministra Consejera, Representante Alternativa
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

H.E. Stephen Vasciannie
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Alternates – Alternos

Dr. Michael Coombs
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Mrs. Julia Hyatt
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mrs. Marva Lawson Byfield
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Dr. Delroy Fray
Senior Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de
Institutos Nacionales de Salud y Hospitales
de Alta Especialidad
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Emilio Rabasa G.
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Rodrigo Reina Liceaga
Titular de la Unidad Coordinadora de
Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos H. Álvarez Lucas
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña
Asesora del Subsecretario de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera Rábago
Director de Asuntos Sociales
Dirección General de Organismos y
Mecanismos Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Lic. José Valle Mendoza
Subdirector
Subdirección de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. María Fernanda Casanueva Álvarez
Jefa del Departamento de Cooperación
Institucional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Mario Alberto Puga Torres
Consejero, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Paola Riveros Moreno de Tagle
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Denis Ronaldo Moncada
Embajador, Representante Permanente
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Lic. Luis Alvarado
Ministro Consejero, Representante Alternata
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Julieta Blandón
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Félix Bonilla
Secretario General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Alvarado
Consejero, Representante Alternata
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Iván Chanis Barahona
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio C. Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Lic. Sergio R. Forte Riquelme
Director General de Administración y
Finanzas
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. César Cabral Mereles
Director Técnico de UNASUR
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

Ministra Inés Martínez Valinotti
Representante Alternata del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro José Pereira
Representante Alternato del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Walter Jorge Alban Peralta
Embajador, Representante Permanente del
Perú ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Maya Teresa Soto
Segunda Secretaria, Representante Alternata
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternato

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Cointha Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS
Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Health and Social Services
Basseterre

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton Clayton Burgin
Minister of Health
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Delegates – Delegados

H.E. La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Simone Keizer-Beache
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Alternate – Alternos

Mr. Asram Yahir Santino Soleyn
Counselor, Alternative Representative of
St. Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lesley Resida
Director of the Bureau for Public Health
Ministry of Health
Paramaribo

SURINAME (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Maltie Mohan-Algoe
Head of the Planning Department of the
Ministry of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

H.E. Neil Parsan
Ambassador, Permanent Representative
of Trinidad and Tobago to the Organization
of American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mrs. Christine Sookram
Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. David Constant
Director, International Cooperation Desk
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

Dr. Colin B. Furlonge
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Mr. Hamid O'Brien
Adviser to the Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Nils Daulaire
Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Jimmy Kolker
Deputy Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Stephen O'Dowd
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Craig Shapiro
Director for the Office of the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Sonia Angell
Senior Advisor for Global Noncommunicable Diseases
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta

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

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

Dr. John Flanigan
Center for Global Health
National Cancer Institute
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. José Fernández
Deputy Director
Division of International Health Security
Office of the Assistant Secretary for
Preparedness and Response
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Senior Medical Officer
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

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

Ms. Maeve McKean
Senior Health Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Mary Blanca Rios
Senior Advisor
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Andrea Strano
International Relations Officer
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Cody Thornton
International Health Regulations
Program Manager
Office of the Assistant Secretary for
Preparedness and Response
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Susana Muñiz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

Sr. Andrés Coitiño
Director de Asesoría de Relaciones
Internacionales y Cooperación
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excmo. Sr. Milton Romani Gerner
Embajador, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Néstor Alejandro Rosa
Ministro, Representante Alternata del Uruguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Paula Rolando
Primer Secretaria, Representante Alternata
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Jean-Claude Nolla
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

M. Lorenzo Schiavi
Premier secrétaire, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Mrs. Arlette Bravo-Prudent
Caribbean Affairs Policy Adviser
Regional Health Agency
Martinique

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Peter A. Bootsma
Health Counselor
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Emily R. Braid
Senior Social Policy Adviser
Politics, Economics and Communication
Group
British Embassy
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Andrew Preston
Development Counsellor
British Embassy
Washington, D.C.

Hon. Portia Stubbs-Smith
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

Alternates – Alternos

Mr. Kevin D. Monkman
Permanent Secretary
Ministry of Health and Seniors
Government of Bermuda

Mrs. Desiree Lewis
Permanent Secretary
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Angel Caballero
Adviser to the Minister
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Gytha Boerwinkel
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Angela Guiro
Advisor, Office of the Minister Plenipotentiary
for Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

CURAÇAO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Bernard Whiteman
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Delegates – Delegados

Mrs. Numidia K. Mercelina
Minister of Health, Environment and Nature
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Mr. Lamberto Pedro Felida
Deputy Head of Delegation Policy Officer
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

SINT MAARTEN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Eunicio Shurman
Legal Adviser to the Minister
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

Dr. Virginia Asin Oostburg
Head Collective Prevention Services/
EPI Manager
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

Alternate – Alterno

Dr. Fenna Arnell
Head Public Health Department
Ministry of Public Health, Social
Development and Labour
Philipsburg

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. Miguel Casado Gómez
Jefe de Área de la Subdirección General de
Políticas para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores y de la
Cooperación de España
Madrid

Sr. Víctor Fernández
Becario, Misión Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/ REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

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

AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health, 2012/Premio
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud
Interamericana, 2012**

Dr. Julio Frenk
México

**Pedro N. Acha Award for Excellence
in Veterinary Public Health/Premio
Pedro N. Acha a la excelencia en la salud
pública veterinaria**

Dr. Veronika Haydee Merino Osorio
Perú

**Fred L. Soper Award for Excellence
in Public Health Literature/Premio
Fred L. Soper a la excelencia en la
bibliografía de salud pública**

Dr. Alok Kumal, et.al
"Epidemiological trends and clinical
manifestations of Dengue among children in
one of the English-speaking Caribbean
countries"
Barbados

**Sérgio Arouca Award for Excellence
in Universal Health Care/Premio
Sérgio Arouca a la excelencia en la atención
sanitaria Universal**

Dr. Santiago Renjifo Salcedo (In Memoriam)
Colombia

Dr. José Lima Pedreira de Freitas
(In Memoriam)
Brazil

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sra. Helvia Velloso
Mr. Fernando Flores

**Food and Agriculture Organization/
Organización para la Alimentación y la
Agricultura**

Mr. Nicholas Nelson

**International Atomic Energy Agency/
Organismo Internacional de Energía Atómica**

Ms. Maria Villanueva

**UNAIDS, Joint United Nations Programme
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene
Dr. César Nuñez
Dr. Ernest Massiah

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES**

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque
Dr. Douglas Slater
Ms. Myrna Bernard
Ms. Glenda Itiaba
Dr. Rudolph Cummings
Dr. Dereck Springer

**Caribbean Public Health Agency/
Agencia de Salud Pública del Caribe**

Dr. James Hospedales

**Council of Central American Ministers
of Health/Consejo de Ministros de Salud
de Centroamérica**

Dr. Julio Valdés

GAVI Alliance/Alianza GAVI

Dr. Stephen Sosler
Ms. Cristina Yaberi

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

Sr. Héctor Salazar-Sánchez

**Independent Expert Review Group (iERG)
on Information and Accountability for
Women's and Children's Health/Grupo de
Examen de Expertos independientes en
rendición de cuentas sobre la salud de la
mujer y el niño**

Mrs. Joy Phumaphi

**Organization of American States/
Organización de los Estados Americanos**

Mr. José Miguel Insulza

World Bank/Banco Mundial

Dr. Joana Godinho

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

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**International Eye Foundation/Fundación
Internacional del Ojo**

Ms. Victoria M. Sheffield

**Interamerican Society of Cardiology/
Sociedad Interamericana de Cardiología**

Dr. Daniel Piñeiro

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

Dr. Rodney López

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

Dr. Norberto Larroca

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry/
Federación Latinoamericana de la Industria
Farmacéutica**

Dr. Alberto Paganelli

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

Ms. Marcela Gaitán

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

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine
Mr. Raymond Jessurun
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos

**Framework Convention Alliance for Tobacco
Control/Alianza para el Convenio Marco para
el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber
Mr. Cris Bostic
Ms. Johanna Birchmayer

**Council on Health Research for
Development/Consejo de Investigación
sobre Salud y Desarrollo**

Dr. Gerald t. Keusch

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza internacional
de organizaciones de pacientes**

Mr. Luis Adrián Quiroz Castillo
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Association for Dental
Research/Asociación Internacional
para la Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES
NO GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Dr. Edwin Jiménez
Mr. Bob Chapman

**International Federation of Medical
Students' Associations/Federación
Internacional de Asociaciones de
Estudiantes de Medicina**

Ms. Whitney Cordoba Grueso
Ms. Kelly Thompson
Dr. Roopa Dhatt
Ms. Reshma Ramachandran
Mr. Jesse Kancir
Dr. Rael García
Dr. Aliye Runyan

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/Federación
Internacional de la Industria del
Medicamento**

Ms. Shira Kilcoyne

**International Union for Health Promotion
and Health Education/Unión Internacional
de Promoción de la Salud y de Educación
para la Salud**

Dr. Marilyn Rice

**Medicus Mundi International/
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Leigh Haynes
Ms. Meike Schleiff

**Médecins Sans Frontières/
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

**The Cochrane Collaboration/
Colaboración Cochrane**

Prof. Kay Dickersin

**The International Society of Radiographers
and Radiological Technologists/
Sociedad Internacional de Radiógrafos y
Tecnólogos Radiológicos**

Mrs. Rita Eyer

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Mrs. Ivana Milovanovic
External Relations Officer
Office of the Director-General

Dr. Keiji Fukuda, ADG/WHO
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General
Office of the Assistant Director-General

Dr. Isabelle Nuttall
Director
Global Capacities, Alert and Response

Dr. Terry Gail Besselaar
Technical Officer
Influenza, Hepatitis and PIP Framework

Dr. Ruediger Krech
Director
Ethics, Equity, Trade and Human Rights

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

**Director and Secretary ex officio of the
Council/Directora y Secretaria ex officio del
Consejo**

Dr. Carissa F. Etienne

**Advisors to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

Ms. Sharon Fralher
Director of Administration, a.i.
Directora de Administración Interina

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

Dr. Irene Klinger
Director, External Relations, Partnerships
and Governing Bodies
Directora, Relaciones Externas,
Asociaciones y Cuerpos Directivos

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

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

- - -