



53º CONSELHO DIRETOR

66ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., ÉUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014

CD53/FR
3 de outubro de 2014
Original: inglês

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	6
Assuntos Procedimentais	
Designação da Comissão de Credenciais.....	6
Nomeação 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
Adoção da Agenda.....	7
Assuntos Relativos à Constituição	
Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo	7
Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana	8
Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato do Brasil, Chile e El Salvador.....	10
Assuntos Relativos à Política dos Programas	
Relatório Final sobre o Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012–2013.....	10
Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019 (modificado).....	13
Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde	15
Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro	18
Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação.....	20
Plano de Ação sobre Saúde Mental	22
Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes	23
Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas	26
Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais.....	27
Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária	29
Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde.....	31
Avanços da Posição Regional sobre o Regulamento Sanitário Internacional	34
Envolvimento da OMS com Agentes Não Estatais (Consulta Regional)	37
Agenda para o Desenvolvimento Sustentável depois de 2015 (Mesa Redonda).....	40
Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas: Desafios e Oportunidades ...	42
Assuntos Administrativos e Financeiros	
Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas.....	44
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013.....	45
Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro	47

SUMÁRIO (cont.)

	<i>Página</i>
Assuntos Administrativos e Financeiros (cont.)	
Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana	48
Eleição de Estados Membros para Comissões e Comitês	
Seleção de Um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS	50
Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	50
Prêmios	
Prêmio OPAS em Administração (2014).....	51
Prêmios da Fundação da OPAS	51
Assuntos de Informação	
Atualização sobre a Reforma da OMS.....	53
Anteprojeto do Orçamento por Programas da OMS 2016–2017	56
Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias da OMS.....	59
Relatório da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Progressos Alcançados na Prevenção e no Controle de Doenças não Transmissíveis.....	61
Sistematização dos Mandatos da OPAS	62
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos.....	64
A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática.....	64
B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas	65
C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave.....	66
D. Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	66
E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza	68
F. Plano de Ação para Hospitais Seguros	68
G. Situação dos Centros Pan-Americanos.....	69
Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS	70
A. 67 ^a Assembleia Mundial da Saúde	70
B. Quadragésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos	70
C. Organizações Sub-regionais	70

SUMÁRIO (cont.)

Página

Outros Assuntos 71

Encerramento da Sessão..... 71

Resoluções e Decisões*Resoluções*

CD53.R1	Arrecadação de Contribuições Fixas	71
CD53.R2	Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas	72
CD53.R3	Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 Modificado.....	74
CD53.R4	Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos do Brasil, Chile e El Salvador.....	76
CD53.R5	Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).....	76
CD53.R6	Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro	77
CD53.R7	Plano de Ação sobre Saúde Mental	79
CD53.R8	Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais	82
CD53.R9	Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária ..	82
CD53.R10	Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro	86
CD53.R11	Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana	86
CD53.R12	Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação.....	87
CD53.R13	Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes.....	90
CD53.R14	Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.....	92

Decisões

CD53(D1)	Designação da Comissão de Credenciais.....	96
CD53(D2)	Eleição da Mesa Diretora.....	96
CD53(D3)	Formação da Comissão Geral	96
CD53(D4)	Adoção da Agenda.....	96
CD53(D5)	Seleção de Um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS ao Término do Mandato do Peru.....	97
CD53(D6)	Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde.....	97

SUMÁRIO *(cont.)*

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. O 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizado na Sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.
2. A Dra. Carina Vance Mafla (Equador, Presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu boas-vindas aos participantes. A Dra. Vance Mafla; a Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]); a Exma. Sra. Sylvia Mathews Burwell, Secretária de Saúde e Serviços Humanos, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA; o Exmo. Sr. Ferdinando Regalia, Chefe da Divisão de Proteção Social e Saúde, Banco Interamericano de Desenvolvimento; o Exmo. Sr. José Miguel Insulza, Secretário-Geral, Organização dos Estados Americanos, e o Dr. Anarfi Asamoah-Baah, Diretor-Geral Adjunto, Organização Mundial da Saúde, fizeram pronunciamentos de abertura. Os respectivos discursos podem ser encontrados no website do 53º 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 a Argentina, Santa Lúcia e Sint Maarten membros da Comissão de Credenciais (Decisão CD53[D1]).

Nomeação da Mesa Diretora

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu os seguintes oficiais (Decisão CD53[D2]):

<i>Presidente:</i>	República Dominicana	(Dr. Lorenzo Hidalgo)
<i>Vice-presidente:</i>	Barbados	(Exmo. Sr. John David Edward Boyce)
<i>Vice-presidente:</i>	Costa Rica	(Dra. María Elena López)
<i>Relator:</i>	Uruguai	(Dra. Susana Muñiz)

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

¹ Disponível em inglês:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774&Itemid=41062&lang=en

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

6. O Conselho 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 171 a 175 abaixo).

Estabelecimento da Comissão Geral

7. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Cuba, Panamá e os Estados Unidos da América membros da Comissão Geral (Decisão CD53[D3]).

Adoção da Agenda (Documento CD53/1)

8. O Conselho adotou a agenda provisória contida no Documento CD53/1 sem alterações. O Conselho também adotou um programa de reuniões (CD53/WP/1, Rev. 1) (Decisão CD53[D4]).

Assuntos Relativos à Constituição

Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD53/2)

9. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Brasil, Presidente do Comitê Executivo) informou sobre as atividades desenvolvidas por esse Comitê e pelo seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre outubro de 2013 e outubro de 2014. Destacou os temas que haviam sido discutidos pelo Comitê, mas que não haviam sido encaminhados para consideração pelo 53º Conselho Diretor, e observou que informaria sobre outros temas conforme 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; o relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS; uma atualização da situação dos projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para o financiamento da Conta Especial; relatórios sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital e o Financiamento do Seguro Médico Pós-serviço para os Funcionários da OPAS; modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA e solicitações de seis 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 Anual do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD53/2).

10. A Diretora agradeceu ao Presidente e aos Membros do Comitê Executivo o seu inestimável trabalho.

11. O Conselho também agradeceu aos Membros do Comitê o seu trabalho e tomou nota do relatório.

Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CD53/3, Rev. 1)

12. A Diretora apresentou o seu relatório anual, cujo tema era “Inovando para a Saúde”. O relatório abrangia o período de meados de 2013 a meados de 2014, o primeiro ano completo desde que os Estados Membros lhe confiaram a liderança da OPAS e a sua secretaria, a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA). Durante esse primeiro ano, a Diretora manteve um rico diálogo com os Estados Membros, parceiros e interessados diretos, o que havia ajudado a embasar e refinar a sua visão de como posicionar a Organização com vistas ao futuro.

13. A inovação foi o alicerce sobre o qual a Repartição e os Estados Membros avançariam e produziriam um impacto positivo sobre o futuro da saúde nas Américas. O relatório destacou conquistas significativas alcançadas durante o ano anterior na busca por soluções inovadoras, porém práticas, para os desafios de saúde pública da Região. Entre os exemplos figuravam o lançamento de novas estruturas colaborativas para o tratamento de HIV e o controle da tuberculose, o progresso palpável na eliminação do cólera na ilha Hispaniola e o desenvolvimento e execução de enfoques integrados e abrangentes para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis e seus fatores de risco nos países da Região. Neste último caso, destacam-se iniciativas para reduzir a obesidade nas crianças e adultos, diminuir o consumo de refrigerantes e outras bebidas açucaradas, prevenir o suicídio e melhorar o exame do colo do útero para detecção do câncer cervical.

14. Outro avanço digno de nota foi a Semana de Vacinação nas Américas de 2014, da qual participaram 44 países e territórios, com muitos deles aproveitando a oportunidade para levar a cabo outras medidas preventivas. A otimização do contato de cada pessoa com os serviços de saúde seria de suma importância para alcançar a cobertura universal de saúde, uma das metas mais ambiciosas já adotadas pelos Estados Membros da OPAS. Para avançar rumo à consecução dessa meta, os países das Américas precisam superar as insuficiências em termos de recursos humanos para a saúde e a distribuição desigual desses recursos. Alguns desses desafios estavam sendo enfrentados por meio de enfoques inovadores como a telemedicina e o aprendizado digital (*e-learning*). As iniciativas como o projeto Mais Médicos no Brasil buscaram ampliar o acesso à atenção primária de saúde, sobretudo em áreas rurais e de difícil acesso.

15. Seria mais do que justo a Organização estar orgulhosa das muitas conquistas e inovações do ano anterior. Contudo, a Repartição enfrentou grandes desafios no seu trabalho com os Estados Membros. Uma mudança seria inevitável na medida em que os Estados Membros continuaram a fortalecer a sua própria capacidade de liderança na saúde pública e novos agentes surgiram no campo da cooperação internacional em saúde. Havia uma necessidade crucial de enfoques inovadores para financiar e administrar as operações da RSPA e para adaptar a sua cooperação técnica de modo a suprir as necessidades dos Estados Membros, tanto em termos individuais como coletivos. De acordo com os enfoques baseados na sociedade como um todo e no governo como um todo, a Repartição também precisaria explorar novas parcerias com outros setores, outros

organismos bilaterais e multilaterais e parceiros em potencial não utilizados dentro das Américas e em outros continentes.

16. Ao mesmo tempo, a Organização precisa tirar partido dos avanços já obtidos e da forte tradição da solidariedade pan-americana que os tornaram possíveis. A meta aprovada recentemente de universalização da cobertura de saúde refletiu o compromisso contínuo da Região de conseguir resultados de saúde pública pioneiros embora as chances fossem assustadoramente pequenas.

17. A Repartição continuou firme no seu compromisso com a excelência técnica, com o aumento da eficiência e da eficácia da organização, com a captação dos recursos necessários para facilitar e apoiar os seus programas de cooperação técnica e com a certeza de que os seus recursos humanos reuniriam as melhores competências e habilidades. Ela continuaria a funcionar em estreita cooperação com os Estados Membros da OPAS e sob a orientação deles, no intuito de perseguir metas conjuntas de saúde pública que protegeriam e melhorariam as vidas de todos os povos nas Américas.

18. O Conselho Diretor manifestou o seu agradecimento à Diretora pela sua liderança e elogiou as conquistas da Repartição durante o período do relatório. Os delegados confirmaram a importância da inovação para fazer face aos desafios da Região em matéria de saúde. A importância da cobertura universal de saúde foi também sublinhada e, nesse contexto, enfatizou-se a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde, trabalhar para eliminar as disparidades socioeconômicas e de saúde e assegurar um lugar proeminente para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015. Os delegados também salientaram a necessidade de intensificar os esforços para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no período que resta até 2015. Instou-se por uma ênfase particular na saúde materna, neonatal e infantil. A prevenção e controle de doenças não transmissíveis e dos respectivos fatores de risco, assim como a promoção de estilos de vida saudáveis, também foram considerados prioritários. Destacou-se ainda a importância do esforço contínuo para implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e fortalecer os sistemas de vigilância, especialmente à luz dos surtos recentes do vírus Ebola e da doença por ele causada.

19. Enfatizou-se que o cumprimento dos objetivos de saúde futuros dependeria do compromisso coletivo e vontade política dos governos, da liderança política efetiva e de e financiamento sustentável. A ação intersetorial colaborativa e os enfoques baseados na sociedade como um todo e na saúde em todas as políticas também foram vistos como essenciais. O esforço contínuo rumo à reforma da OMS nos níveis mundial e regional foram identificados como outra prioridade constante.

20. As delegações agradeceram à Repartição o apoio aos esforços dos seus países no campo da saúde pública e descreveram as iniciativas em andamento em âmbito nacional para, entre outras coisas, reduzir a obesidade e o diabetes, diminuir o tabagismo e o consumo de açúcar e sal, prevenir a infecção pelo HIV e melhorar o tratamento dos indivíduos já infectados, reduzir as taxas de mortalidade materna e melhorar a saúde materno-infantil, fazer face à violência doméstica e eliminar a oncocercose. Com respeito

a esta última doença, foi informado que o Equador recebeu a certificação da OMS como um país livre da oncocercose e que o México estava se preparando para obter essa certificação. Vários Estados Membros se ofereceram para contar as suas experiências no controle e eliminação de diversas doenças, no fortalecimento dos seus sistemas de saúde e de informação em saúde, no trabalho rumo à cobertura universal de saúde e em outras áreas. Nesse sentido, o Delegado de Cuba observou que seu país estava participando dos esforços internacionais para combater o Ebola e para estender o acesso à atenção à saúde a outros países em desenvolvimento.

21. Um representante da Agência Internacional de Energia Atômica (AIEA) destacou a importância do diagnóstico oportuno e tratamento do câncer e afirmou que a AIEA estava trabalhando em colaboração com a OPAS e outros parceiros para apoiar países de baixa e média renda na execução de programas nacionais de controle de câncer com vistas a alcançar a meta, estabelecida no Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, de obter uma redução relativa de 25% da mortalidade provocada por doenças não transmissíveis até 2025.

22. A Diretora disse que, após escutar os relatos das muitas conquistas dos Estados Membros, temia que seu relatório não houvesse conseguido capturar todas as inovações que haviam ocorrido na Região durante o ano anterior. A liderança e o pessoal da Repartição continuariam a se esforçar para criar um ambiente no qual o pessoal pudesse engendrar novas ideias e se envolver de maneira produtiva com os Estados Membros visando à inovação e à mudança. Ela acreditava que, para obter um impacto positivo sobre as vidas e bem-estar das pessoas, era essencial fechar as brechas em termos de conhecimento, prática, acesso e desenvolvimento. A sua esperança era que a Repartição e os Estados Membros pudessem encontrar maneiras de usar a inovação e, ao mesmo tempo, tirar partido da experiência do passado para fechar essas brechas e garantir que todos os povos tivessem acesso à melhor assistência de saúde possível e pudessem ser cidadãos produtivos dos seus respectivos países.

Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato do Brasil, Chile e El Salvador (Documento CD53/4)

23. O Conselho Diretor elegeu a Guatemala, Estados Unidos da América e Trinidad e Tobago para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos e agradeceu ao Brasil, Chile e El Salvador pelos serviços prestados (Resolução CD53.R4).

Assuntos Relativos à Política dos Programas

Relatório Final sobre o Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012–2013 (Documento Oficial 348)

24. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão preliminar do relatório e avaliação e havia acolhido com satisfação os avanços importantes obtidos no âmbito dos 16 Objetivos Estratégicos do Plano Estratégico 2008–2013. Contudo, o Comitê havia observado que

eram necessárias mais ações para abordar metas fundamentais do Plano Estratégico que não haviam sido cumpridas plenamente, em especial a redução da mortalidade materna. A esse respeito, destacou-se a necessidade de fortalecer os sistemas integrados dos serviços de saúde; melhorar as condições de acesso, equidade e solidariedade e aperfeiçoar os sistemas de informação. Dadas as limitações fiscais do momento, foi salientada a necessidade de um enfoque realista para definir as prioridades programáticas. Os delegados haviam frisado a importância de dar continuidade às discussões sobre a alocação de recursos entre as regiões da OMS. Havia sido enfatizado que, embora a Região houvesse alcançado considerável sucesso em comparação com as demais, ela não deveria ser punida pelo seu sucesso ao ver reduzida a sua alocação da OMS.

25. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Programa e Orçamento, RSPA) apresentou o relatório final sobre a terceira e última avaliação do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013. Explicou que o relatório se baseava nos dois relatórios de progresso apresentados aos Órgãos Diretores no fim dos biênios 2008–2009 e 2010–2011 e incorporava as recomendações dos Estados Membros relacionadas aos dois relatórios anteriores. Acrescentou que o Plano Estratégico 2008–2013 havia sido o primeiro a ser projetado, executado e avaliado de acordo com a estrutura de gestão baseada em resultados da RSPA. Sua avaliação final era um componente fundamental da prestação de contas da Organização aos Estados Membros. O relatório descrevia muitas conquistas importantes no nível do impacto e dos resultados intermediários que também haviam sido destacados em um folheto produzido recentemente com o título “Progress in Health–Results of the PAHO Strategic Plan 2008–2013” [Progresso na Saúde – Resultados do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013]. Em termos gerais, na implementação do Plano Estratégico sete dos 16 Objetivos Estratégicos haviam sido alcançados plenamente, e havia faltado pouco para atingir os outros nove. Além disso, 75 dos 90 resultados esperados em nível regional e 233 de 253 metas haviam sido cumpridas ou superadas.

26. A Região havia enfrentado muitos desafios e obstáculos ao pôr em prática o Plano Estratégico. Eles foram discutidos no relatório, juntamente com os motivos para a não consecução de algum dos resultados esperados. O relatório também continha uma análise da situação financeira da Região durante o período do Plano Estratégico, o qual havia coincidido bastante com o início da crise financeira mundial e a consequente recessão. Em consequência, nenhum dos três orçamentos e programa dos seis anos do Plano Estratégico havia sido financiado plenamente, o que punha em destaque a necessidade de fortalecer e ampliar os esforços de captação de recursos de parceiros tradicionais e não tradicionais.

27. O Conselho Diretor acolheu as conquistas descritas no relatório. Sua publicação foi considerada um exercício importante que permitiu à Repartição e aos Estados Membros não apenas refletir sobre os seus êxitos e dificuldades, mas também extrair lições. O Conselho ficou especialmente satisfeito com o elevado índice de cumprimento do programa no último biênio e sentiu-se encorajado pela queda na incidência da infecção pelo HIV e da tuberculose. Outros resultados alentadores foram que a diminuição geral da mortalidade precoce nos quatro grandes grupos de DNTs e o

aumento da porcentagem da população da Região coberta por algum tipo de proteção social. Ao mesmo tempo, considerou-se de especial importância que o relatório havia identificado áreas em que as metas não haviam sido alcançadas, pois a análise dessas experiências forneceria informações valiosas para o novo Plano Estratégico 2014–2019.

28. Um delegado propôs, conforme havia sido sugerido pelo Comitê Executivo, que deveriam ser apresentados relatórios aos Estados Membros sobre o seu desempenho ao contribuir para os resultados esperados do Plano Estratégico de 2008–2013 no nível regional. O intuito seria permitir aos países estar a par das áreas em que seria preciso trabalhar mais. Frisou-se que, no futuro, seriam necessárias linhas de base precisas para identificar os desafios e os avanços em cada uma das referidas áreas. Considerou-se importante aumentar a confiabilidade dos dados e relatórios a fim de aumentar a capacidade dos Estados Membros para análise.

29. Instou-se a Repartição a continuar a trabalhar com vistas a um método integrado de cooperação técnica que estivesse vinculado, por um lado, às estratégias de cooperação nos países e, por outro, às capacidades nacionais existentes, por exemplo, por meio dos centros de excelência nacionais e dos centros colaboradores da OMS. A Repartição também foi incentivada a agir quanto à recomendação constante do parágrafo 85 do relatório ao trabalhar para fechar as brechas restantes na avaliação independente e nos componentes de aprendizagem para executar plenamente a gestão baseada em resultados na OPAS.

30. Foi sugerido que alguns dos principais fatores que contribuíram para a não consecução das metas haviam sido a falta de qualidade de alguns indicadores e a adoção de metas pouco realistas. Esperava-se que, com o trabalho que estava sendo feito no desenvolvimento e refinamento do Plano Estratégico 2014–2019, essas questões seriam resolvidas.

31. O Sr. Walter respondeu que uma das lições extraídas da experiência da Repartição ao avaliar o Plano Estratégico foi, de fato, ter menos indicadores, mas que fossem mais precisos e quantificáveis, para avaliar o desempenho da Repartição e dos Estados Membros. Assegurou ao Conselho que essas lições haviam sido aplicadas ao Plano Estratégico 2014–2019.

32. A Diretora agradeceu aos Estados Membros as suas ações no âmbito nacional para atingir as metas e os objetivos estabelecidos. A publicação do relatório foi uma indicação de progresso da Organização rumo ao aumento da transparência e responsabilidade. Ademais, o trabalho que estava sendo empreendido atualmente pelo grupo de trabalho para refinar as metas e indicadores para o Plano Estratégico 2014–2019 permitiria à OPAS melhorar ainda mais a elaboração de relatórios e a prestação de contas.

33. Embora o relatório tenha revelado muitos avanços estratégicos no âmbito do Plano Estratégico 2008–2013, ele deixou de revelar a iniquidade persistente na Região. Muitas populações pobres e vulneráveis não estavam alcançando os resultados

apresentados no relatório. A Região como um todo atingiria a maioria das metas referentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, porém, se os resultados fossem desagregados, ficaria evidente que muitas comunidades desfavorecidas não estavam alcançando os mesmos níveis de sucesso. Por isso, é importante adotar um enfoque no futuro que dê prioridade à avaliação de por que os pobres e vulneráveis careceram de acesso a serviços de saúde, bem como a análise dos determinantes sociais da saúde.

34. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014–2019 (modificado) (Documento Oficial 345 e Add. I)

35. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido uma atualização do Presidente do Grupo de Trabalho de Países (CWG, na sigla inglesa) encarregado de concluir um compêndio de indicadores para o Plano Estratégico 2014–2019. Também havia sido solicitado ao Grupo que recomendasse um método para o monitoramento e avaliação conjuntos do Plano Estratégico e examinasse e recomendasse melhorias da metodologia para a estratificação das prioridades programáticas. O Comitê havia realçado a importância da conclusão do trabalho dos indicadores antes do 53º Conselho Diretor, embora houvesse sido reconhecido que mais tempo talvez fosse necessário posteriormente para finalizar as linhas de base e metas, uma vez que seriam necessárias consultas com as autoridades nacionais. O Comitê também havia sublinhado a necessidade de linhas de base exatas para medir o progresso e havia destacado a importância de aplicar as lições extraídas do Plano Estratégico 2008–2013.

36. O Sr. Alberto Kleiman (Brasil, Presidente do Grupo de Trabalho de Países) recordou que o CWG havia sido estabelecido em conformidade com a Resolução CD52.R8, a qual havia solicitado que o Comitê Executivo estabelecesse um grupo de trabalho para continuar a trabalhar no impacto e os indicadores dos resultados intermediários para o Plano Estratégico 2014–2019. O Grupo era formado por representantes das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos da América, Jamaica, México, Paraguai e Peru. Entre os membros do grupo, figuravam administradores de saúde, planejadores e autoridades governamentais da área de saúde com um alto nível de conhecimentos técnicos. O trabalho do Grupo havia se caracterizado por uma excelente colaboração, um alto nível de entusiasmo e discussões ricas que visavam a refinar o Plano Estratégico, o qual havia sido fruto de um processo colaborativo altamente participativo. Esse tipo de colaboração constituiu um exemplo de uma maneira nova e eficaz de trabalhar, a qual deve ser documentada como uma boa prática, promovida dentro da OPAS e dividida com outras regiões.

37. O Grupo havia mantido duas reuniões presenciais e cinco virtuais, as quais resultaram em vários produtos fundamentais: a versão modificada do Plano Estratégico, um compêndio de 26 indicadores de impacto e 78 indicadores dos resultados

intermediários² e o desenvolvimento de um novo processo e sistema para o monitoramento e avaliação do Plano Estratégico. O compêndio continha definições, linhas de base, metas e critérios de mensuração em um formato padronizado para cada indicador. Os indicadores haviam se tornado mais uniformes e estavam mais alinhados com os indicadores globais da OMS. Havia sido feitas melhorias significativas com respeito à definição e mensuração dos indicadores da expectativa de vida saudável, redução de iniquidades em saúde e redução da mortalidade causada pela má qualidade da atenção à saúde. Essas inovações importantes refletiam a visão e o compromisso dos Estados Membros de ir além da prevenção e controle das doenças e concentrar-se na saúde e bem-estar. De fato, havia sido incluído um indicador específico destinado a mensurar o progresso rumo à cobertura universal da saúde.

38. O sistema de avaliação e de monitoramento tornaria mais fácil mensurar o progresso com maior precisão. Os Estados Membros teriam acesso ao sistema, o que facilitaria a elaboração de relatórios e garantiria a prestação de contas. O Capítulo VIII do Plano Estratégico continha informações sobre o monitoramento e a elaboração de relatórios; um manual e diretrizes sobre o uso do sistema também estavam sendo preparadas, e sessões de capacitação seriam oferecidas. Os membros do CWG trabalhariam com a Repartição para testar o sistema em preparação para o seu lançamento no início de 2015.

39. O Grupo havia iniciado sua análise da estrutura para a estratificação das prioridades programáticas, mas não havia conseguido concluí-la por causa da grande quantidade de trabalho necessária para cumprir a sua função primária de revisar os indicadores e elaborar o compêndio. Portanto, recomendou-se o Grupo continuasse o seu trabalho na estrutura de estratificação das prioridades e se mantivesse ativo até a conclusão da avaliação do programa e orçamento referente ao primeiro biênio do Plano Estratégico.

40. O Conselho acolheu a versão modificada do Plano Estratégico e o compêndio de indicadores e manifestou a sua gratidão ao CWG pelo seu trabalho e ao Brasil pela sua liderança do processo. O enfoque da gestão baseada em resultados no Plano Estratégico e a sua ênfase na prestação de contas e avaliação também foram vistos com bons olhos. Além disso, o Conselho apoiou a continuação do trabalho do Grupo, sobretudo na metodologia de priorização. A esse respeito, a importância do planejamento e estabelecimento de prioridades de baixo para cima foi salientada. Considerou-se essencial concluir esse trabalho com a maior brevidade possível, uma vez que a implementação do Plano Estratégico já havia começado. Também se considerou urgente fazer consultas aos Estados Membros visando à validação das linhas de base e metas dos indicadores.

41. Os delegados concordaram que o enfoque colaborativo e participativo havia sido bastante construtivo e deveria ser fortalecido ainda mais e dividido com outras regiões da OMS. A opinião foi a de que o enfoque havia promovido um maior senso de propriedade

² Disponível em inglês:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23129&Itemid=&lang=en.

do Plano Estratégico entre os Estados Membros, o que contribuiria para o êxito na sua implementação e para a consecução dos resultados desejados. Manifestou-se apoio à manutenção de um grupo de consulta permanente para trabalhar com o pessoal da área técnica da Repartição para supervisionar a implementação, o monitoramento e a avaliação do Plano Estratégico.

42. Embora reconhecessem as melhorias nos indicadores, alguns delegados consideraram que era necessário trabalhar mais em algumas áreas, em especial para harmonizar os indicadores do Plano Estratégico com os da proposta de estratégia para a cobertura universal de saúde (consulte os parágrafos 46 a 57 abaixo) e o plano de ação para a saúde em todas as políticas proposto (consulte os parágrafos 92 a 98 abaixo).

43. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Programa e Orçamento, RSPA) manifestou seu agradecimento aos membros do CWG e concordou que método de trabalho do Grupo poderia servir de modelo para esforços colaborativos futuros por parte da Repartição e dos Estados Membros. Não havia dúvida de que o compêndio dos indicadores seria útil para avaliar o desempenho no contexto do Plano Estratégico. A Repartição estava ciente de que mais alguns refinamentos eram necessários e trabalharia com os Estados Membros para ajustar os indicadores de acordo com as necessidades. Também continuaria a trabalhar com o CWG na estrutura para a estratificação das prioridades programáticas.

44. A Diretora também agradeceu aos membros do CWG, observando que era importante a participação dos Estados Membros e da Repartição na elaboração de indicadores bem formulados para o Plano Estratégico, pois ambas as partes eram responsáveis pelos resultados imediatos e intermediários. O compêndio dos indicadores ajudaria ambos a assegurar o monitoramento contínuo que seria necessário. Ela concordou que era urgente concluir o trabalho na priorização das áreas do programa para que ele tivesse reflexo no orçamento de 2016–2017. Assim, a Diretora acolheu a recomendação de que o CWG continuasse o seu trabalho nessa área. À medida que a Organização avançasse na implementação, seria necessária uma colaboração constante entre a Repartição e os Estados Membros para assegurar que os detalhes operacionais das estratégias e dos planos de ação futuros estivessem alinhados com o Plano Estratégico.

45. O projeto de resolução constante do *Documento Oficial 345, Add. I*, foi modificado de modo a refletir várias mudanças propostas pelo CWG e foi adotado pelo Conselho Diretor na forma da Resolução CD53.R3.

Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (Documento CD53/5, Rev. 2)

46. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia acolhido a proposta de estratégia como uma base sólida para o trabalho futuro destinado a alcançar a cobertura universal de saúde, mas havia recomendado uma série de modificações da estratégia e do projeto de resolução sobre o tema. Portanto, o Comitê havia decidido formar um grupo de trabalho para revisar o

projeto de resolução e, posteriormente, continuar a trabalhar com a Repartição para finalizar a estratégia para a apresentação ao Conselho Diretor. O Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R17, recomendando que o Conselho Diretor adotasse a estratégia, com o entendimento de que as consultas continuariam no período anterior ao Conselho Diretor e que a Repartição revisaria a estratégia com base nos comentários recebidos dos Estados Membros.

47. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) apresentou a estratégia revista constante do Documento CD53/5, Rev. 1, observando que ela era o resultado de um processo altamente participativo que havia refletido o forte compromisso dos Estados Membros com a consecução do acesso universal a saúde e da cobertura universal de saúde. A estratégia abordava um desafio fundamental para a OPAS nos próximos anos, a saber, assegurar que todos os indivíduos e comunidades tivessem acesso oportuno a serviços integrais, de alta qualidade, sem enfrentar dificuldades financeiras indevidas. A estratégia reconhecia que os países tinham diferentes enfoques e maneiras de organizar os seus sistemas de saúde para fazer face a esse desafio e, com base nessas experiências e nas evidências disponíveis, identificava elementos norteadores para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde.

48. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Paraguai, Presidente do Grupo de Trabalho) informou que o grupo de trabalho formado pelo Comitê Executivo, composto por Argentina, Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Jamaica, México e Paraguai havia feito cinco reuniões, durante as quais havia levado a cabo uma revisão detalhada do documento de estratégia. O grupo havia modificado o título do documento, acrescentando “acesso universal à saúde” e havia feito várias mudanças na estratégia propriamente dita, em particular a inclusão de algumas definições e modificações fundamentais sobre elementos das linhas estratégicas propostas. Havia sido alcançado o consenso em praticamente todo o documento, embora ainda fosse necessário chegar a um acordo quanto à redação dos parágrafos 33, 36 e 52. O grupo de trabalho também havia examinado o projeto de resolução aprovado pelo Comitê Executivo e havia recomendado diversas mudanças. O Dr. Barrios manifestou o seu agradecimento aos membros do grupo de trabalho pelo seu espírito de conciliação e pan-americanismo.

49. O Conselho Diretor acolheu a estratégia revista e manifestou a sua gratidão ao grupo de trabalho pelos seus esforços. Os delegados elogiaram o processo participativo por meio do qual a estratégia foi elaborada e revisada mostraram-se satisfeitos que a versão contida no Documento CD53/5, Rev. 1 refletia muitos dos pontos levantados durante as consultas nacionais sobre a estratégia. A opinião foi a de que a estratégia revista incorporava um enfoque mais pragmático do que o da versão examinada pelo Comitê Executivo e seria útil para orientar os Estados Membros no enfrentamento dos principais desafios relacionados aos recursos humanos em saúde, financiamento da saúde, redução dos gastos do próprio bolso para a assistência de saúde e outras questões. Os delegados acolheram o fato de que a estratégia e o projeto de resolução reconheciam que

cada país deveria encontrar o seu próprio caminho rumo ao acesso universal e à cobertura universal de saúde, levando em consideração o seu contexto social, econômico, político, jurídico e histórico. Ao mesmo tempo, foi assinalado que todos os países, a despeito do modelo estrutural do seu sistema de saúde, precisavam tomar medidas para eliminar iniquidades, alcançar a estabilidade financeira e fortalecer a ação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde.

50. Diversos delegados citaram a falta de financiamento sustentável e suficiente como o maior desafio para alcançar e manter cobertura universal de saúde. Foi sublinhada a necessidade de políticas públicas destinadas a corrigir as iniquidades, reduzir a exclusão, promover a justiça social e criar um sistema de proteção social para todos os grupos populacionais. Embora se tenha manifestado apoio geral ao objetivo de eliminar gradualmente o pagamento do próprio bolso pelos serviços de saúde, foi apontado que o pagamento direto nem sempre constituía uma barreira ao acesso e que ele poderia ter um efeito redistributivo, ajudando a reduzir a iniquidade. Assim, alguns delegados recomendaram que a estratégia e o projeto de resolução contemplassem uma redução gradual do pagamento direto em vez da sua eliminação total.

51. Os delegados também salientaram a necessidade de fortalecer a governança da saúde e os sistemas de saúde. Muitos enfatizaram a importância de fortalecer a atenção primária à saúde como forma de ampliar o acesso aos serviços de saúde. Assinalou-se que já havia sido mostrado que o investimento na atenção primária à saúde produzia taxas de retorno altas tanto em termos da ampliação da cobertura como do aumento da satisfação da população. Também foi mencionada a necessidade de um pessoal de saúde adequado, com bom desempenho, e um sistema eficaz de informação em saúde, capaz de revelar disparidades no estado de saúde e na cobertura de saúde.

52. Vários delegados destacaram os fortes vínculos entre esse e outros temas na agenda do Conselho, inclusive os associados à saúde em todas as políticas (consulte os parágrafos 92 a 98 abaixo), à legislação relacionada com a saúde (consulte os parágrafos 116 a 128 abaixo) e à agenda de desenvolvimento pós-2015 (consulte os parágrafos 148 a 160 abaixo). Também foi sugerido que as lições extraídas da iniciativa “Saúde para Todos anterior até o ano 2000” deveriam ser aplicadas ao esforço para alcançar a cobertura universal de saúde.

53. Embora a estratégia revista tenha sido considerada, de modo geral, substancialmente melhor, alguns delegados opinaram que era preciso esclarecer melhor alguns conceitos, como o de serviços de saúde abrangentes e de qualidade no parágrafo 36 e a noção de assegurar vidas mais saudáveis e promover o bem-estar como metas fundamentais em relação à cobertura universal de saúde no parágrafo 18. A opinião era a de que esta última noção era vaga e seria difícil mensurá-la. A esse respeito, salientou-se a necessidade de indicadores para mensurar o progresso rumo à cobertura universal de saúde. Os indicadores identificados pela OMS e Banco Mundial, como o pagamento do próprio bolso por serviços de saúde e os partos atendidos por pessoal capacitado, foram sugeridos como possibilidades. A disponibilidade de medicamentos essenciais também foi considerada um indicador importante.

54. Manifestou-se firme apoio a um enfoque baseado em direitos, com uma série de delegados afirmando que o reconhecimento do direito à saúde formou a base para a consecução do acesso universal e da cobertura universal de saúde. Vários delegados frisaram que o foco nos direitos, e não no financiamento, foi crucial. Outros delegados, porém, assinalaram que nem todos os países reconheciam os direitos relacionados à saúde nas suas constituições e enfatizaram a necessidade chegar a um acordo quanto à redação de modo a refletir a diversidade dos enfoques na Região. Para tanto, foi sugerido que a estratégia não deveria referir-se ao direito à saúde mas sim ao direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde, como na Constituição da OMS, com uma referência adicional a um direito à saúde reconhecido nacionalmente, conforme o caso.

55. O Dr. Fitzgerald observou que os comentários do Conselho ecoaram a rica discussão mantida no Comitê Executivo, no grupo de trabalho e no âmbito das consultas nacionais, que se centrava nos princípios e valores que os Estados Membros haviam adotado ao desenvolver os seus sistemas de saúde e a sua forma de abordar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. A Repartição estava pronta para trabalhar com os Estados Membros para resolver as questões pendentes na estratégia e projeto de resolução.

56. A Diretora agradeceu aos Estados Membros a grande importância conferida à meta da atenção universal à saúde nas agendas regionais e nacionais, observando que muitos já haviam lançado iniciativas visando à sua consecução progressiva. A Dra. Etienne tinha esperança de que o Conselho pudesse chegar a um consenso acerca dos poucos pontos ainda pendentes na estratégia e no projeto de resolução para que as Américas pudessem avançar na busca do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde.

57. A pedido do Conselho, o grupo de trabalho reuniu-se várias vezes durante a sessão com o objetivo de chegar a um consenso quanto à estratégia e ao projeto de resolução. O Conselho posteriormente concordou em revisar a redação dos parágrafos 33, 36 e 52 da estratégia, conforme refletido no Documento CD53/5, Rev. 2 e aprovou a Resolução CD53.R14, adotando, assim, a estratégia.

Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro (Documento CD53/6)

58. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo), ao informar a consideração, pelo Comitê, de uma versão anterior do plano de ação proposto, disse que o Comitê havia agradecido à Repartição haver assegurado uma atenção contínua ao importante tema do acesso ao sangue seguro e elogiou o enfoque participativo adotado para elaborar o plano. Em uma avaliação das necessidades nacionais, foi sugerido que as políticas e a tomada de decisões acerca da segurança e disponibilidade do sangue deveriam levar em conta considerações éticas, uma análise da eficiência e dos benefícios em função do custo e o uso racional dos produtos derivados do sangue. O compartilhamento de dados nacionais e internacionais havia sido considerado crucial para a tomada de decisões sobre políticas nacionais referentes à segurança e disponibilidade do sangue.

59. Vários delegados haviam citado questões que, na opinião deles, não haviam recebido atenção suficiente no documento. Uma foi a segurança imunológica, que ia além da triagem para encontrar agentes infecciosos no sangue; outra foi o uso racional do sangue para assegurar o uso mais eficiente e eficaz das doações e reduzir o desperdício. O Comitê havia examinado uma versão revista da resolução que incorporava as modificações propostas e procedeu a algumas outras alterações na redação. Com essas mudanças, o Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R16, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

60. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação proposto, observando que um estoque seguro e confiável de sangue e de produtos derivados do sangue melhoraria drasticamente a qualidade de vida e expectativa de vida dos pacientes com uma variedade de enfermidades agudas ou crônicas. Assinalou-se que o sangue seguro tinha uma função de especial importância a desempenhar nos países que estavam fazendo um importante esforço para baixar os níveis de mortalidade materna e infantil. O acesso universal ao sangue seguro foi visto como imprescindível para o desenvolvimento integral dos sistemas de saúde e o cumprimento da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017. Frisou-se que o acesso deve ser garantido sem distinção de idade, sexo, origem étnica, ideologia política, condição econômica ou social, religião ou orientação sexual.

61. Vários delegados descreveram os mecanismos nacionais nos seus países, tanto de natureza médica como regulamentar, para o acesso ao sangue seguro e confirmaram o seu compromisso de tornar esse acesso universal. Alguns também delinearam os seus planos de melhoria no curto e médio prazo para o fornecimento, manuseio e uso do sangue e dos seus derivados. Um delegado observou que o organismo nacional responsável pelo fornecimento de sangue também abrangeria representantes do setor da educação, a fim de ajudar a criar uma cultura de doação voluntária entre as crianças em idade escolar. Vários delegados observaram que pelo menos algumas das medidas contempladas no plano de ação já estavam em vigor nos seus países ou estariam em breve, enquanto alguns solicitaram o apoio da RSPA na adoção de diversas medidas e mecanismos. Outros disseram que algumas melhorias nos seus sistemas nacionais de sangue haviam surgido das discussões que haviam sido mantidas no processo de elaboração do plano de ação.

62. Concordou-se que a doação altruísta e voluntária era uma das melhores maneiras de reduzir o risco de infecções, e todos os Estados Membros foram incentivados a fomentar uma cultura de doações voluntárias repetidas. Alguns delegados forneceram dados sobre o seu nível atual de doações de sangue voluntárias não remuneradas e descreveram os seus esforços para aumentar os índices de doação, como a criação de clubes de doadores e iniciativas para convencer os doadores dentro de famílias e para reposição que se tornassem doadores não remunerados voluntários. Reconheceu-se que os países haviam conseguido avanços desiguais e sugeriu-se que os Estados Membros deveriam apoiar uns aos outros nos esforços para alcançar a meta de 100% de doações voluntárias não remuneradas.

63. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) passou em revista o longo processo que havia levado à apresentação do plano de

ação proposto, começando em 2006 com a adoção do Plano Regional de Ação para Segurança da Transfusão 2006–2010,³ que havia sido examinado cinco anos depois. Esse exame havia revelado que era necessário abordar a organização dos serviços de sangue de maneira bem mais vigorosa, inclusive incorporando-os aos sistemas de saúde, fortalecendo os processos regulamentares pertinentes e considerando as questões relacionadas à gestão da qualidade. O resultado havia sido o plano de ação proposto constante do Documento CD53/6. A esperança era que o plano levaria a um aumento substancial da taxa de doação voluntária não remunerada, que no momento era de aproximadamente 41% para a Região como um todo.

64. A Diretora disse que estava claro que a Região precisava avançar rapidamente rumo ao acesso universal ao sangue seguro, dentro de um enfoque integrado aos sistemas de saúde e sobre uma base de doações voluntárias não remuneradas, preferivelmente repetidas. Havia também a necessidade de melhorar a capacidade de triagem universal, a hemovigilância e o monitoramento. A Repartição estava pronta para trabalhar com Estados Membros para pôr em prática o plano de ação.

65. Após a consideração de algumas modificações propostas durante a discussão, o Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R6, aprovando o Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro.

Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação (Documento CD53/7, Rev. 1)

66. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia manifestado o seu apoio ao plano de ação proposto. Os Membros do Comitê haviam recebido bem a atenção do plano à necessidade de resolver a escassez dos serviços públicos para portadores de deficiência e a oferta insuficiente de dispositivos técnicos de suporte a essas pessoas, assim como o estigma, o preconceito e as violações dos direitos humanos que os portadores de deficiência enfrentavam. O plano havia sido visto como um passo à frente na melhoria dos os sistemas de saúde e no aprofundamento do diálogo intersetorial necessário nos países. Havia sido sugerido que deveria haver um maior número de indicadores para permitir uma avaliação abrangente do nível de cumprimento dos objetivos propostos. Também havia sido sugerido que talvez fosse aconselhável incluir no plano de ação uma lista das possíveis causas de deficiências e identificar as que deveriam ser priorizadas, fosse por causa da maior vulnerabilidade que elas causavam ou porque as intervenções para eliminá-las apresentavam uma relação custo–benefício particularmente boa. O Comitê Executivo havia aprovado a Resolução CE154.R5, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

67. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação proposto. Os delegados ficaram satisfeitos com o estreito alinhamento com outros instrumentos semelhantes, como o Plano de Ação Global da OMS para as Deficiências 2014–2021, e opinaram que ele ajudaria a construir uma sociedade inclusiva e harmoniosa em que os portadores de

³ Consulte o Documento CD46/16 e a Resolução CD46.R5.

deficiência gozariam plenamente dos seus direitos e efetivamente teriam acesso a serviços de saúde.

68. Vários delegados descreveram como os portadores de deficiência eram atendidos nos seus países e os serviços oferecidos a eles. A Delegada do Equador comentou que, até pouco tempo atrás, não se sabia quantos portadores de deficiência havia em seu país ou que tipo de incapacidade eles tinham: de fato, eles eram invisíveis. Contudo, recentemente a atenção aos portadores de deficiência e a defesa dos seus direitos humanos haviam se tornado uma prioridade nacional. Os esforços do Equador foram apoiadas por Cuba e Venezuela e agora o país tinha orgulho de estar na vanguarda desses esforços em todo o mundo. Por exemplo, com o apoio de outros países da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), o Equador havia promovido o Plano de Ação Global da OMS para as Deficiências 2014–2021, que havia sido aprovado na Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde. Vários delegados elogiaram a liderança do Equador nessa área.

69. Alguns delegados informaram que os seus países já estavam oferecendo pelo menos alguns serviços e benefícios recomendados no plano de ação. Outros descreveram medidas tomadas recentemente para buscar um alinhamento com o plano proposto ou com o Plano de Ação Global da OMS. Frisou-se que a atenção a portadores de deficiência era uma atividade multissetorial, que ia além do ministério da Saúde e envolvia todos os ministérios, os prestadores de serviços pertinentes e a sociedade civil. A opinião era a de que o melhor caminho para alcançar essa colaboração multissetorial seria a reabilitação baseada na comunidade que procurasse dar autonomia aos portadores de deficiência e às suas famílias.

70. Diversas revisões da redação do plano de ação e do projeto de resolução foram sugeridas. Em particular, frisou-se que, embora o plano de ação devesse estar alinhado com os princípios refletidos na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos dos Portadores de Deficiência, não deveria transparecer que o plano de ação exigia a ratificação dessa Convenção, pois nem todos os países haviam conseguido fazê-lo. Sugeriu-se também que o plano de ação e a resolução propostos deveriam apresentar as deficiências como uma questão de saúde pública, e não como um fardo ou um problema, e que a redação do texto deveria ser devidamente alterada.

71. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA), ao confirmar que os comentários dos Estados Membros evidenciavam o seu compromisso com o enfrentamento das questões das deficiências e da reabilitação, afirmou que as diversas sugestões serviriam, sem sombra de dúvida, para melhorar a qualidade do plano de ação e da resolução.

72. Após incorporar as diversas modificações propostas, o Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R12, aprovando, assim, o Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação.

Plano de Ação sobre Saúde Mental (Documento CD53/8, Rev. 1)

73. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia manifestado apoio geral à visão e linhas de ação do plano de ação proposto. Contudo, havia sido sugerido que alguns temas mereciam mais ênfase. Um desses temas, mencionado por vários delegados, havia sido a reabilitação e reintegração social, para o qual nenhum indicador havia sido incluído no plano. Havia-se considerado que a prevenção, o diagnóstico oportuno e a integração dos serviços de saúde mental na atenção primária à saúde também deveriam ser enfatizadas, e que deveria ser esclarecido que todos os aspectos do plano se aplicavam ao espectro completo das questões de saúde mental, inclusive o consumo prejudicial de álcool e de substâncias psicoativas. Também havia sido considerado importante declarar explicitamente que os Estados Membros teriam a flexibilidade para executar as atividades das maneiras apropriadas ao seu contexto nacional. O Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R12, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

74. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação proposto, observando que ele refletia a importância de fazer face aos desafios na área da saúde mental, assim como os esforços que estavam sendo feitos para reduzir as respectivas taxas de morbidade e mortalidade. O Conselho apreciou, em especial, que o plano de ação regional estava alinhado com o Plano de Ação de Saúde Mental Integral Global da OMS. Outro motivo de satisfação foi que o plano incorporava claramente os transtornos mentais e os transtornos causados pelo uso de substâncias psicoativas, bem como dava considerável ênfase à integração dos respectivos transtornos de saúde comportamentais na atenção primária. O Conselho acolheu a inclusão, no plano, de um objetivo específico relacionado à prevenção do suicídio e reconheceu o trabalho empreendido pela Repartição para dar ao plano um enfoque amplo, passando, inclusive, pela consideração dos desafios representados pelas mudanças demográficas e o seu efeito sobre os serviços de saúde mental nas Américas.

75. Vários delegados descreveram como a saúde mental era abordada nos seus países, como os seus planos de saúde mental nacionais se entrelaçavam com os sistemas nacionais de saúde mais amplos e como se alinhavam com o plano regional proposto e o plano global da OMS. Alguns delegados falaram da necessidade, no seu país, de uma reestruturação progressiva do sistema de saúde para promover a atenção aos transtornos mentais no nível primário e secundário, reservando o nível terciário da atenção para uma parcela menor de pacientes com graves necessidades. Uma série de delegados sugeriu que o plano deveria dar mais ênfase à reabilitação dos pacientes de saúde mental e à sua reintegração na sociedade.

76. Alguns delegados informaram que os seus países estavam reestruturando os seus serviços de saúde mental de modo a reduzir o número de hospitais psiquiátricos ou rever o enfoque dos hospitais existentes para se aproximar de um modelo abrangente de atenção em que fossem plenamente respeitados os direitos humanos dos pacientes e se eliminasse o estigma associado à sua condição. As vantagens da atenção baseada na comunidade e na família foram destacadas. A importância da participação da sociedade civil para aumentar o alcance das intervenções de saúde mental também foi salientada,

assim como a necessidade de consultar as comunidades indígenas e locais ao desenvolver enfoques para a saúde mental.

77. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) passou em revista o longo processo que havia levado à finalização do plano de ação proposto, o qual havia começado com a Declaração de Caracas adotada em 1990 pela Conferência para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina. Ele viu com satisfação o amplo apoio ao plano proposto e havia tomado nota das diversas sugestões de aprimoramento.

78. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R7, aprovando, assim, o Plano de Ação sobre Saúde Mental.

Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (Documento CD53/9, Rev. 2)

79. A consideração, pelo Conselho, do plano de ação proposto foi precedida por um pronunciamento da Exma. Sra. Wilma Pastrana Jiménez, Primeira-Dama de Porto Rico, que descreveu algumas das iniciativas daquele país destinadas a reduzir a obesidade em crianças e adolescentes. Ela observou que as taxas de obesidade na Região eram as mais elevadas no mundo e que o problema era especialmente grave entre as crianças. No Caribe Oriental, por exemplo, as taxas de obesidade entre as crianças de até 4 anos de idade haviam dobrado entre 2000 e 2010. Como resultado, era maior a probabilidade de essas crianças contraírem outras doenças, como diabetes tipo 2, asma e doenças cardiovasculares, e a sua expectativa de vida havia diminuído.

80. Contudo, a obesidade entre crianças e adolescentes era passível de prevenção e governos, sociedade civil, universidades e instituições de pesquisa, e o público em geral tinham como dever ético tomar medidas para fazer face ao problema. Porto Rico estava preparando um plano próprio que incorporava as linhas estratégicas de ação contempladas no plano de ação proposto da OPAS: atenção primária à saúde e promoção da amamentação; melhoria da nutrição e aumento da atividade física no ambiente escolar; políticas fiscais e regulamentação da comercialização e rotulagem de alimentos; e vigilância, pesquisa e avaliação dos resultados.

81. Os esforços de Porto Rico para prevenir a obesidade em crianças e adolescentes tinham suas raízes em uma forte convicção de que a saúde era um direito fundamental de todos os cidadãos e que a garantia de um sistema de saúde eficaz era uma questão de justiça social e direitos humanos. Desde que se tornara Primeira-Dama em 2013, ela havia voltado a sua atenção para o desenvolvimento de projetos sociais e educacionais que promoveriam o bem-estar com equidade para toda a população. Uma dessas iniciativas buscou promover a atividade física e a alimentação saudável. Outra procurou facilitar a plantação de hortas e pomares nas escolas e comunidades para aumentar a disponibilidade de frutas e verduras. Ela convidou todos os Estados Membros a se unirem para combater a epidemia da obesidade na Região e, assim, assegurar uma vida melhor

para as gerações atuais e futuras. O texto do pronunciamento da Primeira-Dama de Porto Rico pode ser encontrado no website do 53º Conselho Diretor.

82. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia reconhecido a gravidade do problema do sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes e havia acolhido a atenção dispensada pela OPAS. A necessidade de ação urgente havia sido reconhecida, mas um enfoque escalonado havia sido considerado necessário para permitir a execução em um ritmo administrável. Um enfoque intersetorial integrado também havia sido considerado essencial. Havia sido assinalado que as políticas e enfoques dos Estados Membros seriam configurados de acordo com os contextos nacionais, e havia sido destacada a importância da flexibilidade, adaptabilidade e estabelecimento de prioridades pelos próprios países. Também fora assinalado que o plano deveria ser flexível o bastante para acomodar as recomendações do Grupo de Trabalho *ad hoc* sobre Ciência e Evidências convocado pela Diretora-Geral da OMS com o objetivo de estabelecer um consenso global sobre as evidências e a coleta das melhores recomendações possíveis sobre como enfrentar a crise de obesidade infantil. Com o entendimento de que o plano seria revisado de modo a incorporar as sugestões do Comitê, havia sido aprovada a Resolução CE154.R2, com a recomendação de que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação proposto.

83. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação, observando que ele estava alinhado com o enfoque na totalidade do ciclo de vida para a prevenção de doenças não transmissíveis. Os delegados manifestaram a sua confiança de que as linhas estratégicas de ação e o enfoque multissetorial proposto os ajudariam na consecução da sua meta de redução da obesidade em crianças e adolescentes. Sugeriu-se que a Região das Américas tinha o dever de atuar como um catalisador da mudança, pois era a região com as taxas mais elevadas de sobrepeso e obesidade no mundo. Alguns delegados descreveram a obesidade infantil como um problema de impacto duplamente negativo, na medida em que ameaçava desfazer muitos dos avanços médicos e sociais obtidos até então, sobretudo a redução significativa da mortalidade infantil na Região e a queda na prevalência da desnutrição.

84. Vários delegados apontaram que o sobrepeso e a obesidade iam além de uma questão de saúde e, portanto, não podiam ser enfrentados por meio de enfoques que buscavam uma única solução, desenvolvidos de maneira isolada; antes, respostas multissetoriais sustentadas eram essenciais. Por exemplo, a cooperação entre o setor da saúde e o ministério da Educação, dos Esportes ou outro que se encarregasse dos jovens era necessária para assegurar que a educação física recebesse mais destaque nos programas para jovens e nas escolas, ou entre ministérios da Saúde e Agricultura para trabalhar no sentido de promover alimentos frescos. Além disso, atacar o problema de maneira eficaz exigia o envolvimento dos setores público, privado e não governamental.

85. Sugeriu-se que um sistema complexo e interativo de fatores contribuiu para o aumento das taxas de sobrepeso e obesidade em todos os níveis, do indivíduo, passando pela família, até a sociedade como um todo. Em especial, a obesidade na primeira infância estava vinculada, em parte, aos comportamentos dos pais, inclusive à diminuição

do preparo dos alimentos em casa e de níveis cada vez menores de atividade física nas famílias. Outro fator importante era o acesso reduzido a alimentos de alta qualidade a preços acessíveis. Uma mudança de cultura foi considerada necessária para fazer face a esse problema multifacetado. A regulamentação eficaz da produção e comercialização de alimentos também foi considerada essencial. Nesse sentido, destacou-se que algumas iniciativas nacionais de regulamentação estavam sendo ameaçadas por interesses comerciais inescrupulosos e lobbies transnacionais que procuravam evitar a implementação de políticas de saúde pública ou fazer com que elas fracassassem. Um delegado comentou que, embora a RSPA pudesse desempenhar uma função valiosa ao ajudar os Estados Membros a tomar medidas abrangentes acerca da importante questão da obesidade, ao mesmo tempo ela precisava respeitar a definição de prioridades pelos países e a necessidade de flexibilidade para responder a contextos nacionais específicos.

86. Diversos delegados descreveram a situação da obesidade, sobretudo da obesidade em crianças e adolescentes, nos seus países. Na maioria dos casos, a prevalência era não apenas preocupantemente alta, mas vinha aumentando de forma sustentável. Os delegados também descreveram as medidas que os seus governos estavam tomando para combater essa epidemia, e muitos observaram que as suas ações contra a obesidade estavam incluídas no trabalho para combater as doenças não transmissíveis ou estavam intimamente relacionadas com esse trabalho, em vista da estreita relação entre o excesso de peso e essas doenças, sobretudo a hipertensão, o diabetes e as cardiopatias.

87. Vários delegados informaram que os seus governos estavam promovendo a amamentação exclusiva nos primeiros meses de vida. Isso havia exigido a alteração de diversas leis e regulamentações, por exemplo, para exigir que os empregadores criassem espaços para amamentação no local de trabalho. Além disso, foram promulgadas ou reforçadas leis que regulamentavam a comercialização de sucedâneos do leite materno. Outra iniciativa generalizada havia sido a elevação dos impostos sobre as bebidas açucaradas. Alguns Estados Membros também haviam elevado os impostos sobre os produtos altamente processados ou gêneros alimentícios altamente calóricos e pobres em nutrientes. Vários Estados Membros haviam trabalhado para melhorar os rótulos nas embalagens dos alimentos a fim de apresentar de forma mais clara os ingredientes e o teor de sal, açúcar e gordura. Atenção especial foi dada à rotulagem, publicidade e venda de alimentos e bebidas destinados às crianças e adolescentes. Também se voltou a atenção para o aumento da prática de exercício físico entre as crianças e adolescentes.

88. Sugeriu-se que a RSPA ou a Secretaria da OMS poderia estabelecer critérios científicos para a ingestão de calorias recomendada para diferentes faixas etárias, assim como normas para a rotulagem e publicidade dos alimentos. Outra sugestão foi que a RSPA pudesse criar um comitê de peritos para definir e propor limites para os níveis de sódio, açúcar e gorduras insalubres nos produtos alimentícios. Alguns delegados comentaram o impacto do comércio internacional sobre a oferta de alimentos na Região, observando que, embora o comércio entre países houvesse, em muitos casos, enriquecido a sua culinária, em outros havia resultado em um aumento das importações de alimentos pouco saudáveis.

89. A Dra. Chessa Lutter (Assessora Regional em Alimentação e Nutrição, RSPA) observou que os Estados Membros da OPAS eram líderes mundiais nas ações destinadas a reduzir a obesidade entre as crianças e adolescentes, inclusive as políticas fiscais e regulamentares. Os temas especialmente importantes que haviam surgido da discussão foram a necessidade de ações multissetoriais para prevenir a obesidade infantil e a importância fundamental da amamentação na redução da obesidade e de muitos outros problemas de saúde infantil.

90. A Diretora afirmou que os comentários deixavam claro que os Estados Membros percebiam a urgência da situação com respeito à obesidade em crianças e adolescentes e agradeceu a eles o forte compromisso com a luta contra essa epidemia.

91. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R13, aprovando, assim, o Plano de Ação.

Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas (Documento CD53/10, Rev. 1)

92. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado de que o plano de ação para a saúde em todas as políticas (STP) proposto havia sido formulado em resposta a uma recomendação emanada das consultas regionais mantidas em preparação para a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde, que havia se concentrado em como o enfoque STP deveria ser posto em prática. O plano de ação proposto havia sido visto como um recurso útil para orientar os países ao executar esse enfoque. Contudo, não havia sido considerado pronto para adoção pelo Conselho Diretor, e fizeram-se numerosas sugestões para melhorá-lo, inclusive mudanças destinadas a tornar a sua redação mais clara, menos prescritiva e mais flexível, bem como a esclarecer que cada Estado Membro deveria adaptar o plano ao seu próprio contexto e sistemas políticos e sociais.

93. Considerando as numerosas sugestões de modificação do plano de ação e do projeto de resolução sobre o tema, o Comitê havia decidido que o grupo de trabalho formado para revisar a estratégia e resolução propostas sobre a cobertura universal da saúde (consulte os parágrafos 46 a 57 acima) também deveria ser solicitado a revisar o plano de ação e a resolução sobre saúde em todas as políticas propostos. O Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R14, que refletia numerosas emendas introduzidas pelo grupo de trabalho. Concordou-se que as consultas prosseguiriam no período até o 53º Conselho Diretor e que a Repartição revisaria o plano de ação com base nos comentários recebidos dos Estados Membros.

94. O Conselho manifestou o seu apoio ao plano de ação revisto e às suas linhas estratégicas, objetivos e metas, que foram considerados ambiciosos, mas claros e factíveis no contexto dos países da Região. Além disso, acolheu, em especial, o destaque dado no plano à ação intersectorial. Todos os delegados que se pronunciaram sobre esse elemento realçaram a importância desse tipo de ação para abordar os determinantes da saúde situados fora do controle direto do setor da saúde. A importância dos enfoques baseados no governo como um todo e na sociedade como um todo também foi sublinhada. Com

relação a este último, foi observada a necessidade do envolvimento da comunidade e da sociedade civil na formulação, execução, monitoramento e avaliação das políticas de todos os setores. Vários delegados indicaram que as atividades contempladas no âmbito do plano estavam de acordo com os enfoques intersetoriais perseguidos nos seus países a fim de abordar os determinantes sociais da saúde, reduzir as desigualdades sociais e na saúde, e promover a saúde e o desenvolvimento. Vários delegados também observaram a vinculação entre o plano e outras iniciativas discutidas pelo Conselho, em especial a cobertura universal de saúde (consulte os parágrafos 46 a 57 acima) e a agenda de desenvolvimento pós-2015 (consulte os parágrafos 148 a 160 abaixo).

95. No intuito de promover a colaboração entre os setores e promover a saúde em todas as políticas, considerou-se essencial compilar as evidências sobre o impacto que as políticas de outros setores tiveram sobre a saúde e os determinantes da saúde. A importância da diplomacia da saúde para fomentar a colaboração intersetorial também foi destacada.

96. Fizeram-se várias sugestões com o objetivo de fortalecer o plano do ponto de vista operacional e esclarecer os vínculos entre alguns indicadores e objetivos. Em particular, sugeriu-se que o indicador 4.1.1 deveria ser alterado de modo a ter a seguinte redação: "... obter o envolvimento das comunidades e da sociedade civil na formulação de políticas com um enfoque de saúde em todas as políticas" em vez de "... formulação de políticas em todos os setores". Uma delegada assinalou que a maioria dos indicadores eram indicadores de processos e sugeriu que mais indicadores de resultados eram necessários.

97. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) concordou que as emendas sugeridas melhorariam o plano, sobretudo no que diz respeito à promoção dos enfoques intersetoriais na formulação de políticas. Também afirmou que a Repartição empreenderia esforços para identificar alguns indicadores de resultados intermediários com base em algumas das experiências dos Estados Membros. Ele incentivou as delegações a enviarem à Repartição mais detalhes sobre as suas iniciativas nacionais de STP para que as informações sobre as experiências bem-sucedidas pudessem ser disponibilizadas aos demais países.

98. O projeto de resolução foi modificado conforme sugerido durante a discussão e aprovado pelo Conselho na forma da Resolução CD53.R2.

Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais (Documento CD53/11)

99. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia manifestado o seu apoio geral ao plano e ao projeto de resolução sobre o tema. Contudo, havia sido sugerido que a resolução reconhecesse o contexto nacional de cada Estado Membro, pois a responsabilidade pela prestação do serviço de saúde nem sempre residia na esfera nacional. Além disso, a Repartição foi instada a usar os

indicadores constantes do Plano Estratégico 2014–2019 e do Plano de Ação Global da OMS 2014–2019 sobre a Saúde Universal dos Olhos de modo a evitar criar mais obrigações em termos de informação para os Estados Membros. O Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R9, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

100. O Conselho Diretor apoiou a adoção do plano de ação e resolução propostos. Observou-se que a preservação e promoção da saúde dos olhos eram vitais para preservar a qualidade de vida, a produtividade e o bem-estar. Todos os delegados que se pronunciaram acolheram vivamente a contribuição que o plano de ação faria para a saúde dos povos da Região. A ênfase do plano em certos segmentos de alto risco específicos da população, como os bebês prematuros ou as pessoas acima de 50 anos, foi louvada.

101. Uma delegada teve observou com satisfação que a redação do projeto de resolução refletia a flexibilidade dos Estados Membros para adaptar o plano às suas responsabilidades jurisdicionais. Outra delegada louvou, em especial, o destaque dado no plano à necessidade de ampliar o acesso de todos os segmentos da população a cirurgias de catarata, principalmente nos casos que decorriam do envelhecimento da população e do aumento das complicações relacionadas ao diabetes em todo o mundo.

102. Vários delegados descreveram os serviços de saúde ocular disponíveis para as suas populações. Esses serviços abrangiam a triagem para verificar a presença de doenças oculares e enfermidades sistêmicas com consequências para a saúde ocular, como a hipertensão e o diabetes; a prevenção e o tratamento antecipado da retinopatia da prematuridade; a detecção e o tratamento do estrabismo nas crianças pequenas; a cirurgia de catarata, tanto congênita como contraída; o tratamento do glaucoma; a detecção e o tratamento da retinopatia diabética, o tratamento de erros de refração em pessoas de 65 anos de idade ou mais; o tratamento do descolamento da retina; e muitos mais. Vários delegados observaram que, apesar de um considerável nível de sucesso no tratamento dos problemas oculares, havia a necessidade de aumentar os esforços no futuro em cada uma das linhas estratégicas de ação estabelecidas no plano proposto, com atenção especial para as regiões remotas e as populações vulneráveis. A opinião era a de que o trabalho deveria estar mais coordenado e concentrado, além de dar destaque à eliminação das causas da cegueira passível de prevenção e à garantia do acesso a serviços de reabilitação para pessoas com deficiência visual.

103. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) acolheu o apoio dos Estados Membros ao plano de ação e confirmou que a Repartição estava pronta para prestar apoio e ajuda tanto para a formulação como para a execução dos próprios planos de ação dos Estados Membros. O plano de ação adotava um enfoque na totalidade do ciclo de vida e abrangia o espectro completo da prevenção, detecção no devido tempo e provisão imediata e apropriada de assistência médica. Assim, a execução teria um enfoque transversal no tocante aos serviços para a saúde ocular e um fortalecimento do conceito do acesso universal à saúde nessa área.

104. A Diretora disse que, embora os Estados Membros houvessem obtido avanços significativos rumo à redução da deficiência visual e da cegueira, ainda havia, na Região, a necessidade de melhorar a prevenção, detecção e tratamento e administração, assim como concentrar-se na reabilitação, com atenção especial para as populações especialmente vulneráveis. A Repartição trabalharia com todos os Estados Membros para atingir as metas estabelecidas no plano, no intuito de garantir um melhor nível de saúde e bem-estar para todas as pessoas.

105. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R8, aprovando, assim, o Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais.

Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária (Documento CD53/12)

106. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão anterior do plano de ação proposto e havia considerado que as atividades nele contempladas ajudariam as autoridades locais a coordenar de maneira eficaz a prestação da assistência que entrasse no país para minimizar a duplicidade de esforços e assegurar que a assistência alcançasse as populações afetadas. Também havia sido considerado que o plano ajudaria a fortalecer e ampliar as parcerias estratégicas para a cooperação internacional na prestação de assistência humanitária rápida e eficaz em saúde. Os delegados haviam louvado o fato de que o plano de ação se baseava nos importantes avanços feitos pela Repartição e pelos Estados Membros ao desenvolver as suas capacidades de prevenção e resposta a desastres. O Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R11, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

107. O Conselho acolheu o plano de ação proposto, considerando-o particularmente apropriado, uma vez que, para enfrentar situações de emergência e desastres, não era suficiente apenas responder a eles após a ocorrência do fato. Com a possível mobilização de assistência e recursos de uma variedade de organismos, instituições e organizações diferentes em prol do país afetado, assinalou-se que a falta de controle e de mecanismos de coordenação poderia criar um segundo desastre ou, pelo menos, um grande problema secundário para o país beneficiário, situações que o plano de ação proposto procurava prevenir ou atenuar.

108. Instou-se que toda rede de saúde de emergência criada nas Américas no âmbito da linha estratégica de ação 1 incorporasse as redes já existentes no âmbito sub-regional. Foram citados vários exemplos dessas redes já existentes, inclusive as encontradas no Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e na União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). Também se enfatizou que os novos processos e mecanismos de coordenação criados deveriam estar claramente alinhados com os sistemas nacionais de gerenciamento de emergências já implantados e com o sistema de resposta humanitária internacional, além de complementá-los.

109. Um delegado sugeriu que o plano de ação deveria dar mais ênfase a uma avaliação das necessidades e capacidades existentes, estabelecendo mais precisamente que ações os países da Região já haviam executado e que medidas ainda precisavam ser tomadas. Outro observou que o grande esforço em andamento para conter o surto de Ebola na África destacava a importância desse e, acima de tudo, de preparar-se com antecedência para uma resposta bem coordenada. Alguns delegados também levantaram a questão da proteção dos profissionais de saúde à luz dos ataques contra as equipes de vacinação antipoliomielítica na Ásia e, mais recentemente, contra profissionais de saúde que ajudavam a conter a ameaça do Ebola na África Ocidental. A segurança dos profissionais de saúde foi vista como uma questão crucial em que os Estados Membros precisavam continuar a trabalhar em conjunto.

110. Assinalou-se que o plano de ação aparentemente ainda não abordava os deslocamentos e outros custos das equipes médicas estrangeiras nem a questão do seguro dessas equipes. Havia também a necessidade de definir a responsabilidade dessas equipes, isto é, o organismo ou esfera à qual elas estariam subordinadas. Alguns delegados sugeriram que, no âmbito da linha estratégica de ação 2, com relação aos critérios mínimos para as equipes médicas estrangeiras, também era preciso considerar os regimes jurídicos que regulamentavam o seu envio. Sugeriu-se que talvez se pudesse montar um gráfico mostrando os contextos regulamentares dos países e como eles afetavam a movimentação rápida e eficaz dessas equipes. Alguns delegados descreveram as disposições legais e formalidades sob as quais a assistência humanitária era coordenada e executada nos seus países.

111. Vários delegados também descreveram como os seus países haviam enfrentado desastres nacionais recentes, assim como as lições extraídas desses episódios. Em particular, descreveram as medidas para fortalecer os organismos de defesa civil nacionais e as providências que estavam sendo tomadas visando à cooperação internacional nessa esfera, como o estabelecimento de equipes médicas para serem enviadas a outros países. Vários delegados anunciaram sua disposição para tomar parte em discussões sobre a padronização internacional na área da coordenação da assistência humanitária.

112. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) externou o seu agradecimento pela participação dos coordenadores dos Estados Membros para situações de desastre que haviam se reunido em Guayaquil para finalizar o plano de ação. O resultado dessa reunião, combinado com as observações do Conselho, formou a base para as medidas a serem tomadas no âmbito das linhas estratégicas de ação, sobretudo no que se relacionava ao fortalecimento das parcerias entre todos os atores e à vinculação com esforços de assistência humanitária multilateral em âmbito mundial e regional.

113. O Dr. Ugarte observou que, no caso de um desastre, entre 95% e 98% da resposta era executada por funcionários da área de saúde do país efetivamente afetado, um fato que muitas vezes passava despercebido. O que saía nas manchetes era a contribuição dos profissionais estrangeiros, que representavam, em geral, apenas 2% a 5% de toda a

intervenção de saúde; assim, era muito importante que o trabalho desses profissionais complementasse os esforços nacionais. Com respeito à proteção dos profissionais de saúde, mais de 90% de ataques contra ao pessoal da área de saúde em emergências ou campanhas de vacinação tinham como alvo os funcionários da área de saúde nacionais e não o pessoal visitante.

114. A Diretora reconheceu o longo histórico de avanços que haviam sido obtidos pelos Estados Membros da Região, com o apoio da Repartição, na área da coordenação da assistência humanitária. No processo de reforma humanitária das Nações Unidas, por intermédio do Comitê Interinstitucional Permanente, a OMS havia sido indicada como o organismo principal do grupo de ação na área de saúde. Contudo, na Região, a OPAS pretendia dividir a função de coordenação com os ministérios da Saúde. Era essencial fazer um registro de todas as parcerias e acordos alcançados para que, no caso de uma emergência, eles pudessem entrar rapidamente em ação. Alcançar isso era uma das metas do plano de ação. A expectativa era que o mundo enfrentaria eventos mais frequentes e mais graves, tanto relacionados a doenças como ao clima. O nível de coordenação almejado no plano de ação ajudaria a garantir a eficácia dos preparação e resposta.

115. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD53.R9, aprovando, assim, o Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária.

Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde (Documento CD53/13)

116. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia discutido uma versão anterior da proposta de estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde, a qual alguns delegados haviam apoiado firmemente. Esses delegados haviam acreditado que a estratégia ajudaria os Estados Membros a fortalecer a sua legislação para garantir o acesso à saúde e proteger o direito à saúde e que ela apoiaria a implementação de um enfoque de saúde em todas as políticas e contribuiria para a consecução da cobertura universal de saúde. Já outros delegados haviam achado a estratégia proposta excessivamente ambiciosa e de alcance grande demais, com potencial para duplicar esforços já realizados pela Repartição em outras áreas. Vários delegados haviam considerado que o objetivo prático da estratégia e as funções da Repartição não estavam inteiramente claros, e alguns questionaram se a Repartição dispunha da perícia técnica e recursos humanos necessários para oferecer o nível e os tipos de cooperação técnica contemplados pela Estratégia. Havia sido destacado que a Repartição deveria prestar assistência técnica apenas a pedido dos Estados Membros e de acordo com o contexto e necessidades nacionais, pois, de outro modo, isso poderia ser visto como uma intrusão nos direitos soberanos dos países de adotar as suas próprias leis e políticas.

117. À luz das preocupações externadas, várias delegações haviam solicitado que fossem realizadas consultas entre sessões sobre a estratégia e que, posteriormente, a Repartição elaborasse uma estratégia revista para apreciação do Conselho Diretor. O Comitê havia decidido formar um grupo de trabalho com o objetivo de chegar a um consenso em torno de um projeto de resolução a ser recomendado ao Conselho. Contudo,

não houve consenso. O Comitê havia considerado a possibilidade de diferir a ação sobre o tema até 2015, porém havia resolvido deixar que o Conselho tomasse uma decisão, dependendo do resultado das consultas entre as sessões, quanto a considerar ou diferir o tema.

118. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) disse que a Repartição havia feito amplas consultas virtuais, que haviam resultado nas versões revistas da estratégia e do projeto de resolução constantes do Documento CD53/13. A Repartição foi da opinião de que ambas haviam melhorado bastante. A Dra. Jiménez delineou as finalidades e o conteúdo do documento, observando que, ao longo dos anos, os Órgãos Diretores haviam instado os Estados Membros a formular e implementar, examinar e/ou reformar as leis e regulamentações relacionadas com diversas questões de saúde pública, mas que eles não haviam identificado especificamente a melhor forma de a Repartição apoiar os Estados Membros na execução mandatos com respeito às leis e regulamentações relacionadas com a saúde. A estratégia proposta tinha como objetivo exatamente isso, ao longo de seis linhas estratégicas de ação que orientariam a cooperação técnica da Repartição no campo da legislação relacionada com a saúde durante o período 2014–2023. Ela frisou que essa cooperação técnica seria prestada no contexto do regime jurídico de cada país e apenas após solicitação específica dos Estados Membros.

119. O Conselho Diretor manifestou seu agradecimento aos membros do grupo de trabalho pelos seus esforços ao revisar a estratégia, assim como à Repartição por organizar as consultas entre as sessões e incorporar o insumo recebido dos Estados Membros. Reconheceu-se que muitas resoluções dos Órgãos Diretores instavam por assistência para rever as leis e regulamentações de saúde para alinhá-las com as estratégias e melhores práticas mundiais e que seria desejável definir um mandato claro para a Repartição no tocante à prestação dessa assistência. Considerou-se prioritária a assistência técnica para possibilitar que os Estados Membros cumpram as suas obrigações no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (2005).

120. Diversos delegados expressaram firme apoio à estratégia e ao projeto de resolução. Salientaram a necessidade de fortalecer os regimes jurídicos nacionais de modo a proteger e promover a saúde, defender o direito à saúde, assegurar a sustentabilidade das políticas relacionadas com a saúde e permitir aos cidadãos exigir do governo a prestação de contas. Os delegados também foram da opinião de que a estratégia contribuiria para a consecução dos objetivos de outras iniciativas discutidas pelo Conselho Diretor, em especial as relacionadas à cobertura universal de saúde e à saúde em todas as políticas. Sugeriu-se que esta última fosse incorporada explicitamente à estratégia a fim de assegurar a complementaridade entre as duas iniciativas e, assim, aumentar o seu impacto. Também foi sugerido que a Repartição criasse um mecanismo para acompanhar o progresso na formulação, implementação, exame e/ou reforma da legislação relacionada com a saúde na Região.

121. Porém, alguns delegados consideraram que a estratégia necessitava de mais revisão, sobretudo no tocante à função da Repartição e ao alcance da sua cooperação técnica. Enfatizaram que cada Estado tinha um direito soberano de estabelecer as suas

próprias leis, regulamentações, políticas e normas de saúde, e que a Repartição não deveria intrometer-se nesse direito. A opinião era a de que, em alguns aspectos, a estratégia talvez cruzasse a linha tênue entre a assessoria e a promoção da formulação ou revisão e implementação de leis, o que era da alçada soberana dos governos. Isso foi considerado especialmente pertinente no que diz respeito às atividades contempladas com o intuito de transformar em realidade, gradativamente o direito ao mais alto nível de saúde que se possa atingir. Sugeriu-se que as funções essenciais de saúde pública identificadas na estrutura da Iniciativa de Saúde Pública nas Américas⁴ constituiriam uma base sólida para a provisão da assistência com respeito à legislação relacionada com a saúde.

122. Vários delegados destacaram a afirmação constante do parágrafo 16, que, na opinião de uma delegada, aparentemente ia além do alcance da cooperação técnica que a Repartição empreendia normalmente com os Estados Membros. Essa delegada também solicitou esclarecimentos sobre a referência, naquele parágrafo, a “outros agentes pertinentes”. Outro delegado enfatizou a necessidade de especificar que toda cooperação técnica na área da legislação relacionada com a saúde deveria sempre ser levada a cabo em consulta e coordenação com a autoridade nacional de saúde. Um representante de uma organização não governamental incentivou a Repartição a oferecer orientação jurídica sobre a formulação de legislação que permitisse aos países tira partido das flexibilidades disponíveis no âmbito do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC ou TRIPS).

123. Vários delegados propuseram revisões específicas da redação da estratégia e vários outros também indicaram que haviam apresentado comentários adicionais por escrito à Repartição. Foi sugerido que se deveria solicitar ao grupo de trabalho formado pelo Comitê Executivo que continuasse a se reunir durante a semana do Conselho Diretor para revisar a estratégia e o projeto de resolução de acordo com os pontos de vista manifestados.

124. A Dr. Jiménez disse que a ideia de trabalhar lado a lado com os governos quando estes solicitassem e com todo o respeito pela soberania do Estado era um princípio fundamental da estratégia. Contudo, talvez isso pudesse ser enunciado de forma mais explícita. A Repartição já havia incorporado muitos dos comentários por escrito apresentados e teria o prazer de continuar a trabalhar com os Estados Membros para refinar a estratégia e o projeto de resolução. Acrescentou que a Repartição pretendia criar um mecanismo para acompanhar o progresso, conforme sugerido. Em resposta à pergunta sobre o parágrafo 16, explicou que outros agentes pertinentes poderiam ser, por exemplo, os órgãos parlamentares sub-regionais, como o Parlamento Centro-americano (PARLACEN) ou o Parlamento Latino-americano (PARLATINO) ou determinados grupos da sociedade civil, mas frisou que esse trabalho sempre seria empreendido em

⁴ Disponível em inglês:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=en.

estreita consulta e coordenação com os ministérios da saúde dos países pertinentes e com o devido respeito pela sua soberania.

125. A Diretora disse que, embora muitos Estados Membros houvessem afirmado a sua necessidade de cooperação técnica para ajudá-los com a legislação nacional de saúde, aparentemente havia algumas questões importantes com respeito a parte do conteúdo do documento e ao enfoque proposto. Ela não estava segura de que essas questões pudessem ser resolvidas em um grupo de trabalho. Talvez fossem necessárias novas consultas mais amplas com os Estados Membros para chegar ao consenso. Se o Conselho decidisse diferir a ação sobre a estratégia até 2015, a Repartição poderia, nesse ínterim, continuar a prestar cooperação técnica sobre a lei relacionada com a saúde aos Estados Membros que viessem a solicitá-la.

126. O Conselho Diretor solicitou ao grupo de trabalho que continuasse a trabalhar durante a semana com o objetivo de chegar a um consenso. O grupo de trabalho, presidido por El Salvador, manteve várias reuniões, após as quais o Delegado de El Salvador informou que o grupo havia examinado uma versão revista do documento elaborado pela Repartição e disponibilizado no dia 30 de setembro, o qual incorporava as mudanças propostas durante a discussão pelo Conselho. O grupo havia sido informado que a Delegação do México havia apresentado a sua própria versão revista, mas que não houvera tempo suficiente para discuti-la, combiná-la com a versão elaborada pela Repartição e traduzir para o inglês esta nova versão combinada.

127. Como o grupo de trabalho se deparara com versões paralelas do documento, ele havia decidido solicitar à Repartição que incorporasse as mudanças incluídas na versão do México na versão de 30 de setembro elaborada pela Repartição para servir de base para uma nova discussão. O grupo de trabalho havia decidido recomendar que o Conselho tomasse as seguintes medidas: a) reconhecesse a importância atribuída à estratégia proposta e o apoio a ela manifestado pela maioria dos Estados Membros; b) estabelecesse um grupo de trabalho aberto a todos os Estados Membros, com o Uruguai como presidente e El Salvador como vice-presidente; e c) definisse um cronograma de reuniões, com duas reuniões virtuais, a serem mantidas em novembro e dezembro de 2014, e uma reunião presencial com duração de dois dias, a ser realizada em março de 2015, antes da Nona Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. Quanto à ação a ser tomada, isso seria decidido com base no resultado da reunião de março, e o presidente do grupo de trabalho então submeteria o assunto à apreciação da 156^a Sessão do Comitê Executivo e do 54^o Conselho Diretor.

128. O Conselho Diretor aprovou a Decisão CD53(D6), endossando a recomendação do grupo de trabalho.

Avanços da Posição Regional sobre o Regulamento Sanitário Internacional (Documento CD53/14)

129. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê, após examinar um relatório de progresso sobre a implementação do

Regulamento Sanitário Internacional (RSI), havia proposto que um tema substantivo fosse inserido na agenda do 53º Conselho Diretor para permitir mais discussões dos acordos alcançados na Reunião Regional nas Américas sobre a Implementação do Regulamento Sanitário Internacional, que havia sido realizada em 29 e 30 de abril de 2014 em Buenos Aires. Em especial, havia sido considerado importante continuar a discutir o roteiro para monitorar o cumprimento do RSI que havia sido redigido e aprovado pelos participantes da reunião de Buenos Aires e que acabaria sendo apresentado na forma de recomendações regionais à OMS. Entre as preocupações do Comitê haviam figurado a necessidade de monitoramento integral, indo além da implementação das capacidades centrais, inclusive com o monitoramento da sua manutenção no período pós-2016. Outros temas de interesse foram as diretrizes para certificação dos pontos de entrada, o desenvolvimento de uma agenda mundial de segurança da saúde e revisões pendentes do mapa das zonas de risco de febre amarela nas Américas.

130. Na discussão desse tema pelo Conselho, os Estados Membros manifestaram o seu compromisso de continuar a trabalhar rumo à execução, fortalecimento e manutenção das capacidades básicas do RSI. Foi observado que, a despeito dos grandes avanços já obtidos, em muitos países foi necessário prorrogar o prazo original de 15 de junho de 2014 para 15 de junho de 2016. Solicitações de aprovação dos planos de extensão foram apresentadas ao Comitê de Análise do RSI em Genebra, e foi requisitado à OPAS que fornecesse uma atualização, se fosse o caso, da situação dessas solicitações. Delegados de pequenos Estados insulares afirmaram que, para os seus governos, era particularmente difícil cumprir os requisitos do RSI devido à falta de capacidade dentro dos seus países. Assim, haviam começado iniciativas para mobilizar recursos, com acordos de cooperação celebrados entre os Estados Membros da Comunidade do Caribe e o Caribe de língua holandesa.

131. Vários delegados salientaram a necessidade de formar as capacidades básicas especificamente voltadas para a resposta aos eventos químicos e emergências radiológicas manifestaram a sua gratidão pela cooperação técnica já recebida da Agência Internacional de Energia Atômica, da OMS e dos Estados Membros. Solicitou-se à Repartição que continuasse a prestar apoio à capacitação de recursos humanos e promovesse a cooperação multissetorial na área de preparação para resposta a incidentes. A Diretora foi instada a requisitar à Secretaria da OMS que coordenasse a provisão de cooperação técnica por outras organizações dentro do sistema das Nações Unidas e criasse um mecanismo para garantir a prestação de contas entre todos os agentes.

132. O Conselho solicitou à Repartição que transmitisse informações e solicitações sobre vários temas para apreciação pela Secretaria da OMS e seus Órgãos Diretores. Primeiro, pediu que as diretrizes para a certificação dos pontos de entrada formuladas durante a consulta regional fossem submetidas para apreciação e aprovação dos Estados Partes na Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde. Entre as recomendações sobre esse tema, figura um apelo à coordenação entre as organizações intergovernamentais para que tornassem compatíveis os seus processos de certificação.

Segundo, o Conselho instou a OMS a implementar as revisões recomendadas do mapa das zonas de risco de febre amarela nas Américas. Terceiro, solicitou que a Secretaria da OMS divulgasse os documentos por meio dos Centros de Coordenação Nacionais do RSI nos idiomas oficiais da OMS e com antecedência suficiente para permitir uma resposta dos Estados Membros. Por último, foi proposto que um tema sobre a estrutura de monitoramento do RSI fosse incluída na agenda da 136^a sessão do Conselho Executivo da OMS, em janeiro de 2015, com a meta de implementar um processo de monitoramento eficaz e flexível para o período pós-2016. Em apoio a essa meta, um delegado sugeriu que a OPAS facilitasse uma consulta regional com o objetivo de formular recomendações para o monitoramento e avaliação do RSI para apresentação ao Conselho Executivo em janeiro de 2015.

133. O Dr. Sylvain Aldighieri (Chefe de Unidade, RSI/Alerta e Resposta a Epidemias e Doenças Transmitidas pela Água, RSPA) disse que a Repartição havia tomado nota cuidadosamente dos comentários e recomendações dos delegados, inclusive a alta prioridade por eles atribuída às diretrizes para certificação dos pontos de entrada, a análise da estrutura de monitoramento do RSI para o período pós-2016 e a participação dos países afetados na revisão do mapa de risco de febre amarela. Em resposta a uma pergunta, ele informou que o Comitê de Análise do RSI estaria se reunindo em meados de novembro de 2014 e que as suas decisões seriam comunicadas aos Estados Membros logo em seguida. Por último, sugeriu que a emergência relacionada ao Ebola na África Ocidental deveria impulsionar os países das Américas a examinarem os seus planos nacionais e capacidades básicas de vigilância de doenças e resposta no âmbito do RSI. A epidemia também pôs em destaque a importância da cooperação multissetorial e das parcerias público/privadas.

134. A Diretora assegurou aos Estados Membros que a Repartição comunicaria formalmente à Secretaria da OMS e aos seus Órgãos Diretores os pontos de vista expressos durante o 53^o Conselho Diretor e a reunião regional em Buenos Aires. Em resposta às observações de alguns países indicando que eles não haviam sido consultados pela OMS sobre questões de interesse nacional, ela explicou que a Secretaria da OMS normalmente procurava consultar as missões diplomáticas dos Estados Membros em Genebra; assim, ela instou os ministérios da Saúde e Centros de Coordenação Nacionais do RSI a manterem uma estreita comunicação com as suas missões. Ela prometeu que a Repartição trabalharia tanto com países individuais como com as sub-regiões para assegurar que eles não fossem excluídos do processo de consulta, sobretudo porque muitos Estados insulares pequenos não tinham uma missão em Genebra. Ela concordou que tanto os Estados Membros como a Repartição deveriam aproveitar a oportunidade oferecida pelas atividades de preparação contra o Ebola para fortalecer as suas capacidades básicas do RSI, que, em último caso, teriam um impacto positivo sobre a segurança da saúde nacional, regional e mundial.

135. O Conselho tomou nota do relatório.

Envolvimento da OMS com Agentes Não Estatais (Consulta Regional) (Documento CD53/15)

136. O Dr. Gaudenz Silberschmidt (Assessor Sênior em Políticas e Direcionamento Estratégico, Gabinete da Diretora-Geral, OMS) recordou que, em maio de 2011, a Assembleia Mundial da Saúde havia identificado o envolvimento com outros interessados diretos como uma das áreas a serem abordadas como parte do processo de reforma da OMS. Desde então, foram mantidas várias consultas sobre essa questão. Mais recentemente, em resposta a uma solicitação do Conselho Executivo em janeiro de 2014, a Secretaria da OMS havia apresentado um projeto de estrutura para envolvimento, o qual foi objeto de uma consulta oficiosa dos Estados Membros mantida em abril de 2014. Em seguida, a Secretaria apresentou uma versão revista à Assembleia da Saúde em maio de 2014. O texto dessa proposta constava do Documento A67/6, o qual foi reproduzido no Anexo A do Documento CD53/15.

137. A Assembleia da Saúde, na sua Decisão WHA67/14, havia acolhido o progresso feito no projeto de estrutura e havia sublinhado a importância de uma estrutura apropriada para o envolvimento, porém havia reconhecido que eram necessárias mais consultas e discussões sobre algumas questões, como conflitos de interesses e relações com o setor privado. Em conformidade com essa decisão, os Estados Membros haviam apresentado outros comentários e levantado questões, os quais a Secretaria havia resumido, juntamente com solicitações apresentadas à Secretaria para a tomada de ação ou para esclarecimentos em um relatório elaborado para os seis comitês regionais. Esse relatório constava do Anexo B do Documento CD53/15. O resultado da discussão do Conselho Diretor seria informado, junto com os dos outros comitês regionais, ao Conselho Executivo em janeiro de 2015.

138. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) disse que, para facilitar as consultas regionais, a Repartição havia criado um site virtual colaborativo e convidado todos os Estados Membros da OPAS a examinar e comentar o projeto de estrutura da OMS para envolvimento com agentes não estatais e o relatório elaborado pela Secretaria da OMS. O insumo recebido foi resumido no anexo C do Documento CD53/15. Ao destacar algumas das principais questões levantadas, disse que os Estados Membros haviam reconhecido a importância do envolvimento com agentes não estatais, mas havia sublinhado a necessidade de uma política robusta sobre conflitos de interesses para evitar ou minimizar conflitos dessa natureza que pudessem solapar a missão, reputação ou autonomia da Organização. Os Estados Membros também haviam concordado que a OMS precisava ser transparente no seu envolvimento com agentes não estatais.

139. A Dra. Jiménez afirmou que as opiniões sobre algumas questões haviam divergido, como os limites desse envolvimento, a cessão temporária de pessoal e as associações comerciais internacionais. Havia-se concordado que a OMS não deveria envolver-se com as indústrias do tabaco e de armas, mas surgiram pontos de vista divergentes com respeito ao envolvimento com outras indústrias. Alguns Estados Membros havia se oposto a qualquer envolvimento com as indústrias de bebidas alcoólicas e alimentos, por exemplo, ao passo que outros haviam sugerido que tal

envolvimento poderia ser útil para reduzir o uso prejudicial das bebidas alcoólicas e prevenir e controlar as doenças não transmissíveis. Os Estados Membros também haviam levantado questões com respeito à cessão temporária à OMS de funcionários de entidades externas, o envolvimento com associações comerciais internacionais e outros assuntos, como a função dos Estados Membros na estrutura para envolvimento com os agentes não estatais.

140. Na discussão do Conselho Diretor sobre o tema, os Estados Membros reafirmaram muitos dos pontos de vista resumidos no Anexo C do Documento CD53/15. Os delegados reconheceram a importância de colaboração com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros agentes não estatais a fim de ter acesso a perícia técnica e recursos apropriados e promover os mandatos na área de saúde pública, mas frisaram que deveria ser evitada a impressão de um conflito de interesses ou um conflito propriamente dito. Enfatizou-se que toda colaboração com agentes não estatais não poderia solapar a supremacia dos Estados Membros na tomada de decisões nem expor as funções normativas e de definição de padrões da OMS a influência indevida. A identificação dos riscos em potencial e a formulação de princípios e diretrizes específicos para o envolvimento com as diversas categorias de agentes não estatais foram vistas como essenciais.

141. Vários Estados Membros foram da opinião de que toda interação com agentes cujas atividades ou produtos fossem prejudiciais ou possivelmente prejudiciais à saúde e toda cessão temporária de pessoal do setor privado deveria ser proibida expressamente. Alguns delegados também acharam que a Organização não deveria interagir com agentes não estatais que se ocupassem de práticas trabalhistas injustas ou de atividades que fossem prejudiciais ao meio ambiente. Ao mesmo tempo, observou-se o valor em potencial da colaboração com alguns setores da indústria privada. A colaboração com a indústria de alimentos para reduzir o teor de sal e de açúcar nos alimentos e com a indústria farmacêutica visando à compra de vacinas por meio do Fundo Rotativo da OPAS foi citada como dois exemplos. A necessidade de identificar se as organizações não governamentais e as instituições filantrópicas e acadêmicas recebiam financiamento de empresas privadas com fins lucrativos foi destacada.

142. Assinalou-se que a estrutura estabelecida no Documento A67/6 não tratava de como a OMS deveria envolver-se com agentes em que houvesse múltiplas partes interessadas ou com parcerias público-privadas. Também se considerou que a estrutura não detalhava os critérios que os agentes não estatais precisavam satisfazer para serem classificados em cada categoria, a maneira como cada grupo poderia envolver-se com a OMS e os tipos de recursos que a OMS poderia fornecer a uma organização não governamental para a execução de trabalhos. Recomendou-se que fosse feita uma análise preliminar após a aprovação da estrutura a fim de identificar os ajustes necessários. Também se sugeriu que deveria ser criado uma entidade dentro da sede da OMS para acompanhar a implementação da estrutura e, possivelmente, também promover e facilitar o envolvimento com agentes não estatais.

143. Alguns delegados foram da opinião de que os Estados Membros deveriam ser incluídos ativamente na administração das relações da OMS com os agentes não estatais, inclusive na tomada da decisão sobre se a Organização deve ou não envolver-se com este ou aquele agente. Outros manifestaram a sua confiança na capacidade da Secretaria da OMS de administrar a estrutura e os seus diversos componentes de maneira apropriada. A participação dos Estados Membros no monitoramento e fiscalização das relações com os agentes não estatais foi considerada essencial. Alguns Estados Membros questionaram, porém, se um comitê de seis membros no âmbito do Conselho Executivo, conforme proposto no Documento A67/6, garantiria a representação e participação governamental adequada. Sugeriu-se que uma avaliação periódica das práticas de devida diligência pelo Escritório de Cumprimento, Gestão de Risco e Ética da OMS ajudaria a administrar a possibilidade e a impressão de um conflito de interesses, assim como um conflito propriamente dito.

144. O Delegado do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, falando também em nome da França e dos Países Baixos, observou que a Região da Europa já havia adotado uma posição quanto ao envolvimento da OMS com os agentes não estatais. Os Estados Membros daquela Região haviam considerado esse envolvimento um componente crucial da função da OMS no governança da saúde mundial e haviam alertado contra a adoção de uma estrutura excessivamente prescritiva. Em seu lugar, haviam apoiado uma ampla estrutura de princípios que conferiria à Organização margem de manobra suficiente para responder às diversas situações que fossem surgindo. Embora reconhecesse que havia espaço para aprimoramento da estrutura, a Região da Europa esperava vê-la aprovada pela Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2015.

145. Assinalou-se que a OPAS havia tido considerável experiência na interação com agentes não estatais, e incentivou-se a Repartição a dividir essa experiência com a Secretaria da OMS. Representantes de duas organizações não governamentais destacaram o valor do seu trabalho com a OPAS e OMS e a sua função ao ajudar a cumprir os mandatos da Organização.

146. O Dr. Silberschmidt disse que o rico debate no Conselho e os comentários e as perguntas compiladas pela Repartição proporcionariam um insumo valioso para o trabalho em curso sobre o envolvimento da OMS com os agentes não estatais. Esse trabalho abrangia uma pesquisa sobre as práticas de outras agências das Nações Unidas com respeito à administração de conflitos de interesses, a qual seria disponibilizada aos Estados Membros em momento oportuno. A Secretaria também estava tomando medidas para reforçar a transparência do registro dos agentes não estatais. Os Estados Membros poderiam continuar a acompanhar o andamento desse tema pelo website sobre a reforma da OMS.⁵

147. O Dr. Francisco Becerra (Subdiretor, RSPA) concordou que o debate havia sido muito rico.

⁵ Disponível em inglês: http://www.who.int/about/who_reform/non-state-actors.

Agenda para o Desenvolvimento Sustentável depois de 2015 (Mesa Redonda) (Documentos CD53/16, Add. I e Add. II)

148. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia discutido o tema da saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 no contexto de um relatório de progresso sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ver os parágrafos 281 a 286 abaixo). O Comitê havia concordado com a necessidade de assegurar uma posição central para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015, o que foi visto como uma oportunidade para criar um novo paradigma com base na equidade. Havia enfatizado que o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores para a agenda pós-2015 deve ser liderado pelos países e que o setor da saúde deve continuar a desempenhar uma função central no processo, defendendo enfoques multissetoriais de saúde em todas as políticas que abordem não apenas as necessidades reais em matéria de saúde, mas também os determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde.

149. A Resolução WHA67.14, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2014, havia sido considerada uma boa estrutura para os atuais esforços dos Estados Membros, da Secretaria da OMS e da Repartição para assegurar um lugar proeminente para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015. A fim de reforçar esses esforços e consolidar uma posição regional em torno dessa questão, havia sido sugerido que essa agenda fosse discutida como um tema substantivo durante o 53º Conselho Diretor.

150. Nesse sentido, foi organizada uma mesa-redonda para informar os Estados Membros dos objetivos propostos pelo Grupo de Trabalho Aberto sobre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para consideração pela Assembleia Geral das Nações Unidas (constantes do Documento CD53/16 Add. I) e discutir suas implicações para o setor da saúde, com ênfase na execução. Uma apresentação introdutória foi feita pelo Dr. Roberto Dondisch Glowinski (Diretor-Geral para Questões Globais, Ministério das Relações Exteriores, México), que havia sido membro do Grupo de Trabalho Aberto. Ele tratou brevemente do processo de formulação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs), observando que, de modo geral, a Região das Américas havia sido relativamente bem-sucedida no cumprimento de muitos dos Objetivos. Agora, os ODMs estavam sendo substituídos e amplificados por um conjunto de objetivos de desenvolvimento sustentável formulados pelo Grupo de Trabalho Aberto das Nações Unidas, que havia redigido um documento contendo 17 objetivos e 169 metas, além de indicadores. Dos 17 objetivos, o terceiro se referia especificamente à saúde. A questão da saúde no sentido mais amplo era, sem sombra de dúvida, crucial para o cumprimento do desenvolvimento real.

151. A nova agenda diferia de outro trabalho sobre o desenvolvimento empreendido dentro das Nações Unidas porque seu objetivo se centrava no desenvolvimento da pessoa em vez do Estado. Assim, era a pessoa que era vista como o beneficiário das ações do Estado e da comunidade internacional. Em consequência, a agenda precisava ser ampla o bastante e flexível o bastante para ser aplicável a todos os países e pessoas do mundo, na medida em que os desafios a serem enfrentados eram, obviamente, muito diferentes de um país para outro.

152. Os novos objetivos eram muito mais gerais que os ODMs, ao passo que as metas eram bem mais específicas. O documento cobriu as três dimensões do desenvolvimento sustentável, juntamente com um aspecto muito importante que havia sido promovido por diversos países da Região: um conceito geral de inclusão socioeconômica, com oportunidades criadas por todos, e um fechamento das brechas em termos de equidade que afetavam enormemente a Região. O novo enfoque se baseava na ideia de não deixar ninguém para trás. O desenvolvimento não deveria ser pensado exclusivamente em termos da renda per capita, mas também em termos da solução de deficiências: na educação, na saúde e em outras áreas. Tal empreitada seria difícil, mas era a única maneira de obter avanços de fato para todos. A intenção era que os objetivos fossem transformacionais, o que significaria abordar as causas dos problemas e não os seus sintomas.

153. Ele destacou a importância de medir e acompanhar, ações essenciais para intercambiar boas práticas e direcionar a cooperação internacional. Os países precisariam trabalhar em conjunto, com a orientação de peritos quanto aos elementos que seriam mais importantes e onde os melhores resultados e os maiores benefícios poderiam ser obtidos, resultando em desenvolvimento de verdade para as pessoas.

154. Após as palavras do Dr. Dondisch, o Conselho formou três grupos de discussão. Um relatório sobre as discussões (Documento CD53/16, Add. II) posteriormente foi apresentado pelo Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA). Ele observou que, durante as deliberações dos Estados Membros, foi enfatizado que era importante que cada país tivesse a autonomia para identificar e decidir os objetivos e indicadores a serem priorizados. Havia sido reconhecido que o trabalho em algumas das metas dos ODMs atuais deveria prosseguir, como o relacionado com a redução da mortalidade materna e infantil e a queda dos índices de AIDS, tuberculose, malária e doenças negligenciadas.

155. Os Estados Membros haviam considerado a atual proposta dos objetivos de desenvolvimento sustentável muito pertinente para a Região das Américas, mas haviam destacado que ela precisaria levar em consideração características singulares da Região e a diversidade dos seus países. A importância de abordar os determinantes sociais da saúde no contexto desses objetivos também havia sido sublinhada.

156. Os participantes haviam apoiado uma proposta de parceria entre a OPAS e a Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (CEPAL) a fim de estabelecer o conjunto regional de objetivos metas e indicadores relacionados com a saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável. A necessidade de monitoramento e avaliação dos novos objetivos foi enfatizada, bem como a necessidade de fortalecer os sistemas de informação em saúde nos países para medir o progresso obtido.

157. Os Estados Membros haviam solicitado que a Repartição elaborasse um documento comparando as metas e os indicadores da proposta de objetivos de desenvolvimento sustentável com as do Plano Estratégico 2014–2019, da Agenda de

Saúde para as Américas e dos atuais mandatos da OPAS para destacar os desafios que os diversos países e as sub-regiões talvez enfrentassem ao perseguir os objetivos. Havia sido sugerido que, uma vez concluídos os processos nacionais e sub-regionais de consulta, a Repartição deveria convocar uma reunião regional para assegurar que os países não ficassem sobrecarregados quando começasse a implementação da agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015.

158. Após o relatório do Dr. Galvão, sugeriu-se que seria útil se a Repartição pudesse fornecer atualizações do progresso das negociações sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015, o que ajudaria os países fortalecer suas posições e destacar a importância da saúde nas negociações.

159. A Diretora observou que os ministérios da Saúde precisavam continuar a dialogar com os representantes nacionais nas Nações Unidas em Nova Iorque, a fim de assegurar que a saúde tivesse uma posição central na agenda do desenvolvimento sustentável.

160. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas: Desafios e Oportunidades (Documento CD53/23)

161. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) apresentou o Documento CD53/23, que havia sido produzido em resposta a uma solicitação de alguns Estados Membros na sessão de junho do Comitê Executivo. Explicou que o documento delineava algumas das contribuições do Fundo para o enfoque amplo à imunização na Região. O Fundo havia sido uma iniciativa muito bem-sucedida por meio da qual a maioria da população das Américas estava protegida contra uma variedade de doenças imunopreveníveis. O documento também examinava a dinâmica do mercado mundial de vacinas, que apresentava grandes desafios para o Fundo em algumas áreas.

162. Um dos maiores desafios era a solicitação de alguns produtores — em particular de vacinas relativamente novas, como as produzidas contra o rotavírus e o papilomavírus humano (HPV) por um número muito pequeno de fabricantes com níveis de concorrência de preço também baixos — que o Fundo modificasse os seus princípios fundamentais de oferecer um único preço a todos os países e de adquirir vacinas apenas pelo menor preço. Quando o Fundo não conseguiu cumprir isso, alguns produtores optaram por não oferecer vacinas por meio dele, mas sim tratar diretamente com países. Cada país que aceitou esse arranjo reduziu o poder do Fundo para obter preços favoráveis.

163. Todos os delegados que se pronunciaram sobre esse elemento louvaram o impacto benéfico do Fundo Rotativo sobre as campanhas de vacinação nos seus países, com os delegados de alguns países pequenos manifestando o seu agradecimento pelas economias de escala que seus países conseguiram atingir por meio da participação dos países maiores. Assinalou-se que, sem o enfoque conjunto do Fundo, alguns países, sobretudo os de menor porte, não teriam conseguido enfrentar os fabricantes de vacinas cada vez

mais poderosos. Também se manifestou o agradecimento pelos serviços relacionados prestados pelo Fundo Rotativo nas áreas da garantia da qualidade e monitoramento, particularmente no caso dos países de menor porte, que, por conta própria, não detêm a capacidade necessária para garantir esse monitoramento.

164. Os delegados também mencionaram a necessidade de apoio técnico constante da RSPA, por exemplo, na capacitação das equipes de vacinação ou na comunicação de boas práticas e experiências bem-sucedidas. A Repartição foi incentivada a manter o seu envolvimento com a Aliança GAVI, inclusive em áreas de interesse comum, como o recém-criado grupo de trabalho da GAVI para tratar da definição de preços apropriados para países cujo crescimento econômico os desabilitaria para o apoio da GAVI (os chamados “*GAVI graduating countries*” ou países que “se graduaram” e deixaram de reunir as condições para receber tal apoio).

165. Entre os que se manifestaram, alguns sugeriram que talvez fosse aconselhável para a Repartição considerar se os seus princípios poderiam ser relaxados em certos casos e estudar a possibilidade de um preço negociado semelhante ao diretamente acordado com determinados países. Alguns apontaram que a insistência da Repartição nos princípios básicos estava fazendo com que alguns fabricantes retirassem certas vacinas do Fundo, mas que os países mais pobres, em especial, não podiam pagar o preço de livre mercado pelas vacinas.

166. A Diretora disse que compreendia as preocupações dos Estados Membros e havia tomado nota das suas sugestões. Contudo, assinalou que, sem um mandato específico dos Órgãos Diretores, a Repartição não poderia abandonar os princípios do Fundo e adotar, por exemplo, um sistema de preços escalonados. No futuro, a Repartição ajudaria os Estados Membros a tornar mais precisas as suas previsões da demanda por vacinas, pois a capacidade de poder apresentar aos fabricantes quantidades precisas das vacinas necessárias ajudaria na negociação para baixar os preços.

167. Havia a necessidade de definir exatamente o que constituía “o preço mais baixo”. Seria o preço da GAVI? Ou um preço calculado usando o preço da GAVI como referência? Se a Repartição insistisse que só compraria pelo preço da GAVI, é bem possível que algumas das vacinas não lhe fossem oferecidas de forma alguma. De fato, alguns fabricantes já haviam optado por não participar de licitações de algumas das vacinas de preço mais baixo que o Fundo Rotativo desejava oferecer. Além disso, em alguns casos, os fabricantes das vacinas mais novas estavam exigindo o compromisso da aquisição de enormes quantidades de doses, acordos de vários anos e pagamentos antecipados de montantes elevados. A Repartição havia conseguido o compromisso de um empréstimo da Fundação Bill e Melinda Gates para ajudar a saldar os pagamentos antecipados.

168. Embora a Diretora continuasse confiante de que a OPAS poderia obter ajuda dos seus Estados Membros nas negociações com cada fabricante, seria importante que todos os Estados Membros adotassem uma atitude de solidariedade. No caso da vacina contra o HPV, por exemplo, um produtor havia abordado os Estados Membros em que a demanda

era mais elevada e negociou com eles individualmente, reduzindo o grupo de compradores conjuntos e enfraquecendo ainda mais a capacidade de negociação da Organização.

169. A complexidade crescente do panorama da saúde mundial parecia indicar que seria aconselhável fazer uma avaliação formal completa de como funcionava o Fundo Rotativo operado e de como a sua função de salvar vidas poderia ser fortalecida. A Repartição teria o prazer de empreender tal avaliação caso os Órgãos Diretores a considerassem aconselhável.

170. O Conselho tomou nota do relatório.

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas (Documento CD53/17 e Add. I)

171. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado de que, à época da sua 154^a sessão, 96 por cento dos atrasados haviam sido pagos e nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS. Dezoito Estados Membros haviam pagado as suas contribuições fixas integralmente. Contudo, esses pagamentos haviam montado a somente US \$26,3 milhões,⁶ 24,9% do total devido em 2014. Em consequência, a Repartição havia sido obrigada a lançar mão do Fundo de Capital de Giro e de outros recursos internos para financiar as suas atividades. Havia sido informado que a Diretora havia restaurado o Fundo de Capital de Giro ao seu nível autorizado de 20 milhões de dólares após o reembolso de um empréstimo ao Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Contudo, os desembolsos de orçamentos ordinários até junho haviam totalizado \$34,7 milhões; como as contribuições fixas recebidas até meados de junho haviam sido insuficientes para cobrir esse montante, o Fundo de Capital de Giro havia sido esgotado completamente naquele momento.

172. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA), observando que o Documento CD53/17, Add. I continha informações atualizadas até 22 de setembro de 2014, informou que, desde aquela data, a Repartição havia recebido outros pagamentos de Antígua e Barbuda, Costa Rica e França. Um total de \$37,1 milhões ou 96% das contribuições fixas de anos anteriores haviam sido recebidas, deixando apenas \$1,6 milhão ainda pendente. Nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS. Com referências às contribuições fixas de 2014 \$50 milhões, ou 47% do total, haviam sido recebidos, com 26 Estados Membros tendo pagado as suas contribuições integralmente.

173. Os desembolsos do orçamento ordinário desde 29 de setembro haviam totalizado \$63,4 milhões. Em consequência, o saldo em efetivo do Fundo de Capital de Giro era de

⁶ A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

apenas \$7 milhões. A taxa de arrecadação das contribuições fixas havia caído de 60% em 2011 para apenas 47% no corrente ano. Desde a abertura do 53º Conselho Diretor, \$57,2 milhões em contribuições correntes continuavam pendentes, com os cinco maiores contribuintes da Organização representando \$56,2 milhões desse montante.

174. O Dr. Francisco Becerra (Subdiretor, RSPA) manifestou o agradecimento da Repartição pelas contribuições recebidas até o presente e, ao mesmo tempo, fez um apelo aos Estados Membros ainda em atraso para que acelerassem os seus pagamentos para permitir que a Organização executasse todos os mandatos atribuídos a ela pelos Estados Membros.

175. O Conselho aprovou a Resolução CD53.R1, manifestando o agradecimento aos Estados Membros que já haviam efetuado os pagamentos referentes a 2014 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 2013 (Documento Oficial 347)

176. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado de que o Auditor Externo havia publicado um parecer de auditoria sem ressalvas sobre as demonstrações financeiros da Organização referentes a 2013. O Comitê havia acolhido tal parecer, mas manifestou a sua preocupação com o fato de que a Organização havia concluído o biênio 2012–2013 com um déficit de \$2,66 milhões. Também havia sido observada uma diminuição do ativo circulante, e havia sido solicitado à Repartição que fornecesse informações sobre o que se poderia esperar no exercício financeiro de 2014; em especial, buscavam-se informações sobre como a insuficiência das receitas diversas, a diminuição das contribuições voluntárias e os atrasos no recebimento das contribuições fixas estavam impactando as atividades da Organização. Outra preocupação manifestada dizia respeito aos atrasos no projeto do PMIS, cujo custo orçado havia subido cerca de \$2,2 milhões.

177. A Diretora havia indicado que a Repartição esperava um déficit orçamental de \$40 milhões a \$50 milhões para o biênio. A Repartição havia tomado medidas para reduzir o componente de recursos humanos do orçamento ordinário, mas a escala das reduções, combinada com o recuo das contribuições voluntárias, estava comprometendo seriamente a sua capacidade para prestar cooperação técnica nos mesmos níveis que no passado. Ela havia informado que a Repartição estava trabalhando em estreita cooperação com a Fundação da OPAS e com os representantes da OPAS/OMS para impulsionar a captação de recursos. Ela também havia informado que, até junho, as Américas não haviam recebido nenhuma contribuição voluntária da OMS referente a 2014.

178. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) apresentou uma visão geral das tendências no ano corrente em comparação com 2013, observando que o total da receita líquida havia aumentado 16%. Os componentes desse aumento haviam sido uma elevação das contribuições voluntárias da ordem de \$140 milhões e das atividades

de compras no montante de quase \$35 milhões. As contribuições voluntárias nacionais haviam aumentado \$150 milhões devido, principalmente, à execução do projeto *Mais Médicos* no Brasil, ao passo que as contribuições voluntárias de doadores para atividades externas haviam caído \$9 milhões. Por outro lado, graças, sobretudo, à flutuação das taxas de juros fora dos Estados Unidos, as receitas diversas haviam registrado um aumento significativo em 2014 e a expectativa era a de que atingissem ou superassem o montante orçado. Portanto, a situação de déficit do biênio anterior não deveria se repetir.

179. Com respeito à alocação do orçamento ordinário da OMS, \$64,6 milhões em fundos do orçamento ordinário e \$37,2 milhões em recursos da OMS de outras fontes de renda haviam sido recebidos até então, no primeiro ano do biênio atual. Comparativamente, os totais recebidos em todo o biênio 2012–2013 haviam sido \$80,6 milhões em fundos do orçamento ordinário e \$52,8 milhões em outros recursos da OMS.

180. O Conselho acolheu as informações prestadas sobre a situação financeira da Organização, porém manifestou a sua preocupação com as diversas categorias de recursos que estavam diminuindo. Solicitou-se esclarecimentos sobre a renda decorrente da venda de livros e material didáticos no âmbito do Programa Ampliado de Livros de Texto e Materiais de Instrução (PALTEX).

181. O Sr. Anderson explicou que o PALTEX havia sido absorvido pela OPAS e que, em consequência, os proventos das vendas do Programa agora eram registrados como renda da RSPA.

182. A Diretora agradeceu aos Estados Membros que haviam saldado as suas contribuições fixas dentro do prazo e fez um apelo aos que ainda estavam em atraso para que efetuassem os seus pagamentos, observando que a Repartição havia tido de recorrer com frequência ao Fundo de Capital de Giro para financiar as suas atividades. Também agradeceu aos Estados Membros que participavam ativamente do esforço para assegurar que a Organização recebesse contribuições voluntárias nacionais, em especial Colômbia, México e Trinidad e Tobago.

183. Além disso, observou que a Repartição havia fortalecido a sua colaboração com a Fundação da OPAS, o que também deve resultar em um aumento da captação de recursos. A Repartição estava tomando medidas para fortalecer o seu Departamento de Relações Externas, Parcerias e Captação de Recursos, bem como para melhorar a gestão da identificação, definição, execução e monitoramento de projetos. Tais medidas não surtiriam aumentos imediatos do financiamento voluntário, mas ela não se preocupava excessivamente com a capacidade da Repartição de continuar a prestar a cooperação técnica aos Estados Membros.

184. O Conselho tomou nota do relatório.

Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro (Documento CD53/18)

185. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia estudado uma proposta para aumentar o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20 milhões para \$25 milhões, com esse aumento sendo considerado necessário em face do crescimento do orçamento ordinário e do consequente aumento das necessidades de caixa a cada vez, que atualmente montava a \$8,1 milhões em média. Havia sido explicado que, embora a Repartição houvesse feito esforços para elevar a porcentagem de recebimento das contribuições fixas, o escalonamento dos pagamentos não raro tornava necessário recorrer ao Fundo de Capital de Giro para fazer face a déficits temporários. Em várias ocasiões nos últimos anos, o Fundo havia sido esgotado inteiramente por causa da falta de pagamento das contribuições fixas.

186. A maioria dos Membros do Comitê não havia expressado nenhuma objeção ao aumento proposto; a Delegado dos Estados Unidos da América, porém, havia dito que a sua delegação não o apoiaria. Ela havia sugerido que o aumento deveria ser diferido por um ano até que se soubesse o volume de financiamento necessário para outras prioridades, como o seguro médico pós-serviço, as atualizações na área de tecnologia de informação e a manutenção e reforma de imóveis de propriedade da OPAS. Outros Membros do Comitê haviam assinalado que a Repartição operava, com frequência, com um déficit mensal significativo e que negar a solicitação de aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro a deixaria em uma posição muito difícil. Portanto, não se havia considerado viável prorrogar o aumento. Desse modo, o Comitê Executivo havia aprovado a Resolução CE154.R4, recomendando que o Conselho Diretor aumentasse o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20 milhões para \$25 milhões.

187. A Delegada dos Estados Unidos da América repetiu os argumentos apresentados no Comitê Executivo, ou seja, que todo superávit que pudesse estar disponível deveria ser reservado para financiar áreas como o seguro médico pós-serviço, as atualizações na área de tecnologia de informação e a manutenção e reforma de imóveis de propriedade da OPAS. Reconhecendo que, salvo isso, havia consenso quanto à necessidade do aumento, ela propôs a supressão do parágrafo 2 do projeto de resolução, de maneira que o aumento do Fundo de Capital de Giro seria aprovado, mas não se tomaria nenhuma providência imediata para financiar o aumento recorrendo aos superávits orçamentários. Portanto, todo superávit poderia ser usado para outras finalidades, inclusive, possivelmente, o aumento do Fundo de Capital de Giro.

188. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) apontou que, conforme explicado na análise financeira constante do anexo D do Documento CD53/18, o projeto de resolução não exigiria que a Diretora usasse qualquer superávit para financiar o aumento e afirmou que a Repartição poderia aceitar a supressão do parágrafo 2.

189. A Diretora, observando que a Repartição não raro tinha que recorrer a empréstimos internos para fazer face a insuficiências de renda, disse que o aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro ampliaria a flexibilidade da Repartição para

agir. Mais uma vez, fez um apelo aos Estados Membros cujas contribuições fixas estavam atrasadas para que saldassem as suas obrigações o mais rápido possível.

190. A resolução foi modificada conforme proposto e aprovada pelo Conselho como Resolução CD53.R10.

Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CD53/19)

191. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido uma atualização sobre a modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) e havia considerado uma proposta para aumentar o orçamento do projeto em \$2,2 milhões de modo a cobrir o custo dos pedidos de alteração. O Comitê havia sido informado de que a Diretora havia identificado fontes internas de financiamento adicional, a saber, \$100.000 do saldo não utilizado da Conta Especial e \$2,1 milhões do saldo não apropriado do superávit resultante da implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), em 2010.

192. Ao mesmo tempo em que acolheu os avanços nesse projeto, o Comitê Executivo havia pedido uma avaliação da confiança do aumento proposto, assim como a garantia de que a Repartição estava certa de que a presente solicitação de aumento seria a última. Havendo recebido respostas satisfatórias da Repartição sobre essas questões, o Comitê havia aprovado a Resolução CE154.R6, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse a transferência dos recursos mencionados para o projeto do PMIS.

193. O Sr. Esteban Alzamora (Gestor do Projeto Interno do PMIS, RSPA), ao resumir o progresso feito na implementação do projeto de modernização do PMIS iniciado em março de 2014, informou que o design e a configuração da Fase 1, abrangendo os recursos humanos e a folha de pagamento, haviam sido concluídos; os teste da Fase 1 haviam sido concluídos em 12 de setembro de 2014; o design estava passando por aprimoramentos e a Fase 1 entraria em operação no fim de janeiro de 2015. A Fase 2 começaria por volta do fim de 2014, dentro do prazo, com o lançamento do design dos componentes das finanças, planejamento, orçamento e compras.

194. Com uma parcela significativa da execução já concluída, a equipe de projeto havia conseguido revisar o orçamento do projeto com base no custo real durante a Fase 1. Assim como a maioria das implementações de software de planejamento de recursos empresariais, um orçamento razoável para contingências precisava ser fornecido para fazer face ao custo dos pedidos de alteração, ou seja, alterações identificadas durante a implementação como necessárias para atender a exigências inesperadas, porém essenciais, em termos de design. Os pedidos de alteração para a Fase 1 haviam totalizado pouco mais de \$500.000. Já os pedidos de alteração para a Fase 2, mais complexa, estavam estimados em cerca de três vezes esse montante; assim, estava sendo proposto um aumento do orçamento da ordem de \$2,2 milhões (incluída uma margem de

segurança). Como o Representante do Comitê Executivo havia dito, a Diretora havia identificado fontes internas para esse financiamento adicional.

195. O Conselho acolheu o progresso do projeto do PMIS até então, observando que o sistema aperfeiçoado desempenharia uma função crucial ao melhorar a prestação de cooperação técnica aos Estados Membros. Os delegados questionaram se o trabalho em andamento na área de gestão de risco passava pela questão de como o PMIS se comunicaria com o sistema da OMS, o que foi considerado um aspecto importante para salvaguardar a transparência e a prestação de contas.

196. Um delegado solicitou informações sobre se havia um plano para fazer face a futuros aumentos que pudessem vir a ser necessários no futuro. Uma delegada pediu esclarecimentos sobre a situação dos sistemas existentes como os de contratação, impostos, pensões e seguro saúde, que estavam fora do alcance do projeto do PMIS. Ela também questionou se os investimentos a longo prazo necessários para assegurar a sustentabilidade do PMIS estavam incluídos no orçamento do projeto e solicitou que a Repartição fornecesse um glossário dos termos usados no projeto, como “ERP” (planejamento de recursos empresariais).

197. Um delegado da sub-região do Caribe solicitou que a RSPA usasse a experiência obtida ao fortalecer o PMIS para ajudar os Estados Membros envolvidos em processos semelhantes e disse que seria bem-vinda a nomeação de um técnico para o Escritório de Coordenação de Programas no Caribe em Barbados para esse fim.

198. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) agradeceu aos Estados Membros o apoio a esse projeto muito importante. Com respeito aos sistemas que estavam fora do alcance do projeto, explicou que ao, conceber o projeto, a Repartição havia levado em consideração os sistemas existentes que estavam operando de forma adequada e, portanto, não precisavam ser substituídos. Tais sistemas teriam interfaces para poder trocar dados com os novos, resultando em um único sistema integrado. Esse enfoque havia ajudado a conter o custo do projeto de modernização. Com respeito à gestão de risco, a Organização estava trabalhando com a OMS e sua estrutura de gestão de riscos corporativos para assegurar que o PMIS fosse plenamente capaz de comunicar-se com as demais regiões da OMS.

199. A Diretora, observando que as estatísticas indicavam que mais de 60% das tentativas de implementar um sistema de ERP fracassavam até certo ponto, afirmou que o sucesso da implementação do projeto exigia muita atenção por parte dos Estados Membros, aos quais ela estava agradecida, bem como o monitoramento cuidadoso da Direção Executiva. Ela recordou que o projeto havia sido orçado em \$20 milhões em 2010; contudo, os requisitos do sistema não haviam sido definidos plenamente naquele momento nem havia sido identificado o software necessário. Rapidamente se reconhecera que o custo de um sistema sob medida teria sido proibitivo, e a Repartição adotara o enfoque de selecionar sistemas existentes e ajustá-los de modo a atender aos requisitos específicos da Organização por meio de pedidos de alteração, cujo custo havia sido impossível de prever até que o projeto realmente estivesse em andamento. Ela havia sido

informada por funcionários e peritos que, de acordo com os padrões do setor, \$2,2 milhões era o montante necessário.

200. Os sistemas seriam implementados de acordo com o cronograma que o Sr. Alzamora havia apresentado. O treinamento do pessoal sobre a gestão de mudanças estava em andamento e seria acelerado nos três meses seguintes. Um glossário dos termos usados no projeto do PMIS existia e poderia ser disponibilizado.

201. Com respeito à possibilidade de outros investimentos a longo prazo, ela recordou que, no início de 2014, a Repartição havia encomendado uma avaliação da tecnologia de informação ao International Computing Centre em Genebra. Essa avaliação havia revelado que, embora a infraestrutura presente de TI permitisse que a implementação do projeto do PMIS começasse em 2015 e prosseguisse em 2016, melhoras significativas seriam necessárias. Em consequência, a Repartição agora se ocupava da formulação de uma estratégia para os próximos anos, abrangendo os investimentos específicos que seriam necessários para apoiar o PMIS e fazer face a outros requisitos de tecnologia de informação. A estratégia seria apresentada aos Órgãos Diretores em 2015.

202. O Conselho aprovou a Resolução CD53.R11, aprovando um aumento do orçamento autorizado para a modernização do PMIS de \$20,3 milhões para \$22,5 milhões.

Eleição de Estados Membros para Comissões e Comitês

Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (Documento CD53/20)

203. O Conselho Diretor selecionou o Suriname para indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação sobre Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS para um mandato de quatro anos a começar no dia 1º de janeiro de 2015 (Decisão CD53[D5]).

Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Documento CD53/21)

204. O Conselho Diretor declarou Panamá e Trinidad e Tobago eleitos membros do Comitê Assessor do BIREME para um mandato de três anos a começar no dia 1º de janeiro de 2015 (Resolução CD53.R5).

Prêmios

Prêmio OPAS em Administração (2014) (Documento CD53/22)

205. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração de 2014, formado por representantes do Brasil, Chile e Jamaica, havia se reunido durante a 154^a Sessão do Comitê Executivo. Após examinar as informações sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros, a Comissão Julgadora havia decidido conferir o Prêmio OPAS em Administração de 2014 ao Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, do México, pelas suas contribuições notáveis para a saúde pública, conforme exemplificado pelo seu trabalho na administração de serviços de saúde e ensino da medicina, bem como pela sua liderança no campo da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação em saúde.

206. O Presidente do Conselho Diretor e a Diretora apresentaram o Prêmio OPAS em Administração de 2014 ao Dr. Lezana Fernández, cujo pronunciamento ao receber o prêmio pode ser encontrado no website do 53^o Conselho Diretor.

207. O Delegado do México manifestou o seu agradecimento à RSPA e à Comissão Julgadora pela honraria concedida ao Dr. Lezana Fernández.

Prêmios da Fundação da OPAS

208. A Dra. Jennie Ward-Robinson (Presidente e Gerente Geral da Fundação da OPAS) reiterou o compromisso da Fundação de ser o braço filantrópico da OPAS. Como parte desse compromisso, vários prêmios pela excelência em saúde pública interamericana foram apresentados a cada ano.

Prêmio Abraham Horwitz à Liderança na Saúde Pública Interamericana de 2014

209. Os prêmios anuais abrangiam o Prêmio Abraham Horwitz à Liderança na Saúde Pública Interamericana, criado em homenagem ao Dr. Abraham Horwitz, ex-Diretor da RSPA e, mais tarde, Presidente da Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação, PAHEF (agora a Fundação da OPAS). O prêmio reconhecia uma liderança que houvesse mudado vidas e melhorado a saúde dos povos das Américas.

210. A Dra. Ward-Robinson, o Presidente do Conselho Diretor e a Diretora apresentaram o Prêmio Abraham Horwitz à Liderança na Saúde Pública Interamericana de 2014 ao Dr. Javier Torres-Goitía, da Bolívia, em reconhecimento da dedicação ao longo da sua vida às políticas públicas e às implicações transfronteiriças do seu trabalho.

211. O pronunciamento do Dr. Torres-Goitía ao receber o prêmio pode ser encontrado no website do 53^o Conselho Diretor.

Prêmio Sérgio Arouca pela Excelência em Atenção Universal à Saúde de 2014

212. A Dra. Ward-Robinson recordou que o Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Atenção Universal à Saúde foi criado em 2010 pelo Ministério da Saúde de Brasil e pela PAHEF, em cooperação com a OPAS. Esse prêmio reconhecia líderes que haviam trabalhado para levar à frente, influenciar e fortalecer programas de atenção universal à saúde na Região. O brasileiro Sérgio Arouca, o médico, estudioso e incansável defensor da atenção universal à saúde, a quem esse prêmio homenageia, foi um líder desse quilate.

213. Ela acrescentou que, embora não houvesse precedentes de uma mesma pessoa ser indicada para dois prêmios da Fundação da OPAS simultaneamente, o Dr. Javier Torres-Goitía também havia sido escolhido o ganhador do Prêmio Sérgio Arouca. Junto com o Presidente do Conselho Diretor e a Diretora da RSPA, a Dra. Ward-Robinson entregou o prêmio ao Dr. Torres-Goitía pelas suas ações e políticas de saúde pública que haviam levado à erradicação do bócio endêmico e a melhorias na saúde materna e infantil na Bolívia.

Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética de 2014

214. A Dra. Ward-Robinson recordou que o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética havia sido criado em 2002 para reconhecer ideias pioneiras no campo da bioética. Era uma homenagem ao Dr. Manuel Velasco Suárez, médico, pesquisador e estudioso que havia dedicado mais de 50 anos da sua vida à saúde pública e havia sido um dos fundadores da Academia Mexicana de Bioética.

215. A Dra. Ward-Robinson, o Presidente do Conselho Diretor e a Diretora da RSPA entregaram o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética de 2014 ao Dr. Ignacio Mastroleo, da Argentina, pela sua proposta intitulada *Obligaciones de investigadores y patrocinadores: el modelo de reciprocidad democrática* [Obrigações dos pesquisadores e patrocinadores: o modelo da reciprocidade democrática], que buscava desenvolver um modelo na bioética em todas as sociedades latino-americanas para os múltiplos agentes envolvidos na pesquisa com seres humanos.

216. O pronunciamento do Dr. Mastroleo ao receber o prêmio também pode ser encontrado no website do 53º Conselho Diretor.

Outros Prêmios da Fundação da OPAS

217. A Dra. Ward-Robinson também apresentou os ganhadores de outros três prêmios da Fundação da OPAS, os quais seriam entregues em uma cerimônia à noite. O Prêmio Clarence H. Moore à Excelência no Serviço Voluntário havia sido concedido à Water with Blessings, uma organização sem fins lucrativos que promovia o acesso à água potável nas Américas por meio da distribuição de sistemas de filtragem de água de baixo custo e da respectiva educação comunitária. O Prêmio Pedro N. Acha à Excelência em Saúde Pública Veterinária foi concedido à Dra. Virginia Micaela de la León de Ponte, do Peru, pela sua tese intitulada as “*Enteric Bacteria with Zoonotic Potential in Neotropical*

Primates in Captivity, Peru” [Bactérias entéricas com potencial zoonótico em primatas neotropicais em cativeiro, Peru”. Por último, o Prêmio Fred L. Soper à Excelência em Bibliografia de Saúde Pública havia sido concedido ao Dr. Mario Alberto Rodríguez Pérez, do México, pelo seu artigo “*Development of a Novel Trap for the Collection of Black Flies of the Simulium ochraceum Complex*” [Desenvolvimento de uma nova armadilha para a captura de moscas negras do complexo *Simulium ochraceum*], que propôs um uso inovador de tecnologia de baixo custo para o controle e eliminação da oncocercose.

Assuntos de Informação

Atualização sobre a Reforma da OMS (Documento CD53/INF/1)

218. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê, após receber uma atualização sobre o andamento da reforma da OMS, havia confirmado a importância das reformas relacionadas à governança, à alocação de recursos da OMS e ao envolvimento com agentes não estatais. Também havia salientado a necessidade de acelerar a reforma da governança, sobretudo no tocante à tomada de decisões estratégicas por Órgãos Administrativos da OMS. O Comitê havia destacado ainda a necessidade de elaborar uma metodologia justa, transparente e com base em evidências para alocar os recursos da OMS às regiões. A importância da reforma em todos os níveis da Organização foi frisada.

219. O Dr. Hans Troedsson (Subdiretor-Geral para Administração Geral, OMS) apresentou uma atualização do andamento da reforma da OMS, observando que, embora houvessem sido obtidos avanços significativos, dois desdobramentos inesperados recentes haviam desacelerado o andamento da reforma: a mobilização da Organização para responder à crise do Ebola, que havia reduzido o nível dos recursos humanos disponíveis para empreender a reforma, e alguns problemas de fluxo de caixa, que deveriam ser superados nos próximos meses.

220. Avanços significativos foram obtidos na reforma programática, como havia ficado evidente na preparação do orçamento por programas 2016–2017. A Transparência e a previsibilidade do financiamento haviam aumentado como resultado do diálogo sobre financiamento e do portal do orçamento por programas na Internet. Pela primeira vez em um ponto tão adiantado do biênio, quase 90% do atual orçamento por programas já estava financiado. A reforma da governança havia apresentado o índice de progresso mais baixo. Com respeito à reforma da gestão, haviam ocorrido melhorias consideráveis da prestação de contas e transparência. Uma iniciativa promissora foi o lançamento de uma análise administrativa e programática das representações nos países que visa a identificar as melhores práticas e encontrar outras melhorias possíveis. Políticas preliminares sobre a mobilidade e a gestão do desempenho seriam apresentadas ao Conselho Executivo em janeiro de 2015. Na área da comunicação, a rede de comunicação de emergência havia prestado importante apoio à atual resposta ao Ebola. Avanços significativos foram obtidos nas iniciativas para reforçar os controles internos. Várias ferramentas haviam sido criadas, inclusive planos de mitigação de risco.

221. Uma estrutura de avaliação estava sendo desenvolvida com o objetivo de atribuir à avaliação uma função mais proeminente no trabalho da OMS, e estavam sendo estudados indicadores para facilitar o monitoramento das atividades de reforma. Uma equipe de gerenciamento da reforma criada no gabinete da Diretora-Geral era responsável pela atualização dos planos de reforma, que serviriam de base para a prestação de informações periódica aos Estados Membros e a outros interessados diretos.

222. O Conselho Diretor acolheu o compromisso da Secretaria da OMS e da Diretora-Geral com a reforma e reconheceu o progresso feito. O processo de reforma foi considerado uma oportunidade valiosa para um exame aprofundado das mudanças necessárias na função da Organização ao direcionar as prioridades mundiais em matéria de saúde e para o fortalecimento da sua natureza multilateral e da sua capacidade de interagir com outros organismos das Nações Unidas e outras iniciativas em saúde a fim de melhorar os enfoques multissetoriais. O envolvimento com agentes não estatais também foi considerado importante, e os delegados acolheram o desenvolvimento de uma estrutura para essa finalidade (ver os parágrafos 136 a 147 acima), frisando a necessidade de evitar conflitos de interesses. A atenção aos determinantes sociais da saúde e à redução das iniquidades em saúde foi considerada uma prioridade da reforma. Considerou-se que, em última instância, o objetivo da reforma deve ser a obtenção de melhores resultados em termos de saúde. Portanto, a avaliação dos impactos foi vista como crucial.

223. Manifestou-se a satisfação com os esforços da Secretaria da OMS para oferecer um plano claro para a iniciativa de reforma que proporcionaria à Secretaria e aos Estados Membros uma ferramenta para medir e acompanhar o progresso da sua implementação. A Secretaria foi incentivada a assegurar que os Estados Membros estivessem cientes dessa ferramenta⁷ e a concluir o trabalho nas demais ferramentas de avaliação e monitoramento o mais breve possível.

224. À semelhança do Comitê Executivo, o Conselho chamou a atenção para a necessidade de avançar mais rápido na reforma da governança, sobretudo em relação à tomada de decisões estratégicas nas sessões dos Órgãos Diretores da OMS. Sugeriu-se que era necessário mais sinergia entre os órgãos diretores regionais e mundiais para facilitar as discussões em nível mundial e maximizar o benefício das discussões regionais sobre questões de interesse mundial. A importância dos enfoques participativos à tomada de decisão coletiva foi destacada. A necessidade de continuar a fortalecer a comunicação entre os níveis mundial e regional também foi citada, assim como a necessidade de assegurar a reforma em todos os níveis da Organização. A esse respeito, solicitou-se à Repartição que fornecesse uma análise mais detalhada da implementação da reforma sob uma perspectiva regional, inclusive com os seus pontos de vista sobre como elementos defasados como a reforma da governança poderiam ser acelerados. Também se considerou necessário reforçar as medidas que visam a implementar a reforma no âmbito nacional. A necessidade de capacitação do pessoal em todos os níveis no que tange à reforma foi salientada.

⁷ A ferramenta pode ser acessada em <http://spapps.who.int/WHOREform>.

225. Os delegados sublinharam a necessidade de um esforço contínuo para melhorar transparência e a prestação de contas com respeito tanto ao processo de reforma global como aos processos do orçamento e programas. Com relação aos programas, o portal na Internet criado para o diálogo sobre financiamento foi considerado um início excelente, mas apontou-se que ele ainda não continha dados suficientes, um passo crucial rumo à transparência. Uma estratégia sólida para a captação e gestão de recursos em todos os níveis da Organização também foi considerada essencial.

226. Destacou-se que a crise do Ebola havia demonstrado a necessidade de mais coerência diante de eventos imprevisíveis e de melhor priorização na área crucial dos surtos de doenças e implementação do RSI. A opinião era a de que a crise havia mostrado que os sistemas de recursos humanos da OMS não tiveram a flexibilidade e a eficiência necessárias para que a Organização estivesse apta para cumprir o seu propósito e continuasse a atrair os mais talentosos e empregar esse talento da maneira mais eficaz possível.

227. O Dr. Troedsson reconheceu que os esforços no âmbito da reforma até então haviam se concentrado, sobretudo, na sede da OMS, mas observou que iniciativas de reforma agora estavam sendo tomadas nos níveis regional e nacional. A reforma, de fato, precisaria ocorrer em todos os três níveis da Organização, mas ela era especialmente importante no âmbito nacional, uma vez que os esforços de reforma eram um componente crucial do modo como a OMS melhorava o seu desempenho nesse âmbito e apoiava os Estados Membros. Era verdade que a crise do Ebola era um desafio enorme e sem precedentes, mas era também uma oportunidade para aprender e para assegurar que a Organização estivesse mais bem equipada e organizada para enfrentar desafios de saúde pública desse tipo no futuro.

228. A Diretora assegurou aos Estados Membros que a OPAS estava participando plenamente do processo de reforma da OMS, inclusive no âmbito da representação nos países. De fato, a Região das Américas provavelmente era bem à frente da maioria das demais regiões na resposta às iniciativas de reforma da OMS. Na realidade, as reformas na OPAS haviam precedido as reformas da OMS. Por exemplo, há anos a OPAS já vinha se esforçando para aumentar a transparência e prestação de contas e continuaria a fazê-lo. O atual processo de priorização seria muito importante não apenas como base para informar a alocação de recursos da OPAS, mas também para garantir mais responsabilidade e transparência. A Região também já havia adotado um enfoque de baixo para cima no planejamento, o qual havia sido aplicado na elaboração do Plano Estratégico 2014–2019, um processo que havia implicado mais de 50 consultas a interessados diretos nacionais. A OPAS continuava a empregar os enfoques participativos na formulação dos planos de ação regionais.

229. Em termos de reforma da governança, as agendas dos Órgãos Diretores da OMS e da OPAS agora estavam mais harmonizadas. Na medida do possível, a OPAS não criou a sua própria estratégia quando uma havia sido formulada no âmbito mundial; antes, formulou um plano regional de ação em resposta à estratégia. A OPAS havia pressionado

e continuaria a pressionar no sentido do pleno envolvimento dos Estados Membros da Região na formulação dessas estratégias mundiais.

230. A OPAS estava reforçando os seus processos de gestão de risco para alinhá-los com os da OMS e para assegurar que a gestão de risco fosse incorporada à implementação e avaliação de programas. Também estava dividindo a sua experiência no trabalho com os agentes não estatais para ajudar a orientar as discussões da OMS.

231. O Dr. Anarfi Asamoah-Baah (Diretor-Geral Adjunto, OMS), ao observar que uma das principais características da reforma da OMS era que ela era liderada pelos Estados Membros, agradeceu aos Estados Membros da OPAS a sua participação ativa e a sua liderança no processo. A razão fundamental para a reforma era tornar a OMS mais adaptada ao seu propósito. O recente surto de Ebola na verdade havia revelado áreas em que eram necessárias melhorias nesse sentido, sobretudo no que se refere à velocidade da resposta, transparência, prestação de contas e capacidade para trabalhar com outros organismos. As últimas semanas haviam demonstrado que a OMS continuava a precisar de uma reforma, pois os desafios iam mudando. A liderança contínua dos Estados Membros da Região ajudaria a assegurar que as questões da prestação de contas e transparência fossem mais além das meras palavras e que as reformas fossem implementadas de fato. Ele estava impressionado pela maneira como a OPAS havia abraçado a reforma da OMS como se fosse do seu próprio interesse. Esse não era o caso em todas as regiões, e ele esperava que os Estados Membros das Américas Participantes e Observadores que eram membros das outras regiões da OMS ajudassem a zelar para que a reforma não se transformasse em algo a ser tratado apenas em Genebra, mas algo que ocorresse em todos os escritórios da OMS pelo mundo afora.

232. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Anteprojeto do Orçamento por Programas da OMS 2016–2017 (Documento D53/INF/2)

233. O Dr. Hans Troedsson (Subdiretor-Geral para Administração Geral, OMS) apresentou o anteprojeto de orçamento por programas da OMS, explicando que ele era considerado um anteprojeto porque a OMS ainda estava ocupada com a coleta de insumos e opiniões das regiões antes da sua apresentação ao Conselho Executivo em janeiro de 2015. Destacou o enfoque de baixo para cima do orçamento, com base na determinação das prioridades no âmbito nacional, conforme exigido pela Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2014. Também observou a ênfase do documento nas funções e responsabilidades claras para evitar repetições e brechas, além do seu enfoque realista no cálculo dos custos.

234. Com respeito às prioridades orçamentárias, dava-se ênfase à garantia de que todas as obrigações previstas no Regulamento Sanitário Internacional (2005) fossem cumpridas pelos Estados Membros, uma vez que a necessidade de melhorar o nível de preparação havia sido sublinhada pelo surto do Ebola. O fortalecimento da capacidade reguladora e dos sistemas de informação em saúde e evidências era outra prioridade, assim como o

aumento do investimento destinado a pôr termo às mortes maternas, neonatais e infantis preveníveis.

235. Uma das principais reduções na alocação de recursos no orçamento 2016–2017 estaria na área das doenças transmissíveis, o que não significava que essa área deixara de ser uma prioridade; antes, essa redução refletia o fato de que a capacidade entre os Estados Membros e parceiros havia aumentado drasticamente em áreas como a prevenção e controle do HIV/AIDS, da tuberculose e de doenças imunopreveníveis. A função da OMS agora correspondia mais às etapas iniciais, o que exigia menos recursos. Ao mesmo tempo, mais recursos haviam sido alocados para áreas como doenças não transmissíveis, promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida e prontidão para situações de emergência e resposta.

236. Ainda havia trabalho a ser feito na atual fase de planejamento, sobretudo para assegurar que o alinhamento das prioridades de baixo para cima se encaixasse nos compromissos e metas mundiais e regionais, para os quais seriam importantes os insumos dos países e regiões sobre a definição de prioridades. Também era necessário trabalhar para identificar e desenvolver meios de administrar as questões de alcance intersetorial como a resistência aos antimicrobianos, a igualdade de gênero e os direitos humanos. Além disso, as estimativas de custo precisavam ser refinadas com base nos recursos necessários para custear o pessoal e as atividades.

237. No debate que se seguiu, os Estados Membros acolheram o enfoque de baixo para cima no planejamento e definição de prioridades, a melhoria na definição de funções e responsabilidades nos três níveis da Organização e o novo enfoque ao orçamento com base nos resultados imediatos e resultados intermediários em vez de insumos. Foram bem recebidas as atualizações da cadeia de resultados destinadas a melhorar a apresentação dos vínculos entre, por um lado, as atividades executadas e os resultados imediatos atingidos e, por outro, os resultados intermediários e o impacto alcançados.

238. Os Estados Membros observaram as mudanças propostas na alocação de recursos e instaram a Secretaria da OMS a assumir a liderança na mitigação das reduções em áreas como doenças transmissíveis e imunopreveníveis, AIDS e tuberculose ao maximizar capacidades e parcerias já existentes com os Estados Membros. A redução do orçamento Regional para a erradicação da poliomielite foi destacada e foram solicitadas informações sobre como esses recursos haviam sido realocados. Os aumentos nas categorias de trabalho destinadas a melhorar a saúde das mulheres e crianças, como a igualdade de gênero, nutrição e imunização, foram acolhidos, e a necessidade de uma ênfase constante na saúde da mulher, das crianças e de outros grupos vulneráveis foi enfatizada. Solicitou-se que fosse esclarecido se a Secretaria contemplava outras revisões do orçamento para reforçar a capacidade e os recursos que haviam sido pressionados consideravelmente pelas recentes crises de saúde pública como o surto do Ebola. Também foram requisitados mais detalhes sobre o cálculo dos custos dos insumos.

239. Foi considerado importante elaborar indicadores para o orçamento por programas em tempo hábil, a fim de permitir que os Estados Membros tivessem a oportunidade para

tecer os seus comentários. Também se considerou que os indicadores identificados para o Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 seriam úteis para o monitoramento e a avaliação do desempenho em relação ao orçamento por programas da OMS. A esse respeito, assinalou-se que o projeto de orçamento por programas não parecia estar plenamente alinhado com o exercício preliminar de priorização empreendido para a formulação do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019. A Secretaria da OMS e a Repartição foram instadas a trabalhar em conjunto para assegurar o financiamento completo do orçamento por programas da OMS e da implementação do Plano Estratégico da OPAS.

240. O Dr. Troedsson explicou que o tempo disponível para elaborar o projeto de orçamento por programas para apresentação aos comitês regionais havia sido muito curto e que a Secretaria da OMS ainda estava trabalhando em todos os três níveis da Organização por meio das redes de categorias e de áreas programáticas para resolver as questões de priorização. Ele destacou que o orçamento por programas para 2016–2017 era um orçamento realista e não ambicioso. Sendo assim, era preciso assegurar que o orçamento fosse financiado integralmente. Contudo, uma grande parte do financiamento que a OMS recebeu continuava a ser vinculada, o que resultava no excesso de recursos para algumas áreas e o subfinanciamento de outras, além de dificultar o alinhamento dos recursos com as prioridades.

241. Com respeito às perguntas sobre novas revisões do orçamento, o Dr. Troedsson explicou que o orçamento ganhou flexibilidade na área da resposta a surtos e crises, que dependia bastante dos eventos. Portanto, se ocorresse um surto de uma doença ou outra emergência, a OMS teria a capacidade para absorver mais recursos para poder responder, mas não havia se planejado para casos que poderiam não ocorrer. Com respeito à pergunta sobre para onde os fundos decorrentes dos cortes no orçamento da poliomielite haviam sido realocados, recordou que essa parte do orçamento se baseava no Plano Estratégico Mundial para a Erradicação da Poliomielite e a Fase Final 2013–2018. A redução do montante não significava que a Secretaria havia retirado esse dinheiro e posto em algum outro lugar específico. Antes, havia ocorrido uma realocação geral, com aumentos, por exemplo, na saúde materno-infantil, nas doenças não transmissíveis e em algumas outras áreas, bem como diminuições em outras.

242. Confirmou que o orçamento por programas para 2016–2017 não era um orçamento de transição. Com uma boa cadeia de resultados e a definição de prioridades, e com o planejamento de baixo para cima e as funções e responsabilidades claras dos três níveis, a Organização havia ido além da etapa de transição. Com relação aos indicadores, a Secretaria estava trabalhando nas melhorias necessárias. Os resultados desse trabalho provavelmente poderiam ser vistos à época do Conselho Executivo, em janeiro.

243. A Diretora acrescentou que a Repartição poria à disposição da Secretaria da OMS o trabalho que havia sido feito nos indicadores para o Plano Estratégico da OPAS 2014–2015 modificado (ver os parágrafos 35 a 45 acima), o que talvez pudesse ser útil ao refinar os indicadores do orçamento por programas da OMS.

244. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias da OMS (CD53/INF/3)

245. O Dr. Hans Troedsson (Subdiretor-Geral para Administração Geral, OMS) passou em revista os antecedentes que haviam levado à criação de um grupo de trabalho sobre a alocação estratégica de recursos, que posteriormente havia se transformado no Grupo de Trabalho para a Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias. Esse grupo estava encarregado de orientar a Secretaria da OMS na elaboração de uma nova metodologia para a alocação estratégica das margens orçamentárias e era formado por seis membros, um de cada região da OMS. O México representou a Região das Américas.

246. O trabalho na nova metodologia não havia avançado tão rapidamente como se havia esperado, não devido à falta de esforço por parte do Grupo de Trabalho ou da Secretaria, mas porque a formulação de uma nova metodologia era uma tarefa complexa. Um dos motivos dessa complexidade era que a transferência dos recursos de uma região para outra significaria a redução dos recursos em alguma região e, até agora, as seis regiões haviam solicitado um aumento, mas nenhuma havia se oferecido voluntariamente para reduzir a sua alocação. Além disso, não era fácil encontrar uma fórmula simples de alocação de recursos que todos pudessem compreender e aceitar.

247. Duas conclusões importantes haviam emanado do trabalho do Grupo até o momento: a metodologia para alocação estratégica das margens orçamentárias deveria ser aplicada às contribuições fixas e voluntárias e deveria apoiar o atual enfoque integrado da Organização no tocante à programação e preparação do orçamento (apenas um plano de trabalho e um orçamento). A elaboração e a implementação da metodologia seriam orientadas por seis princípios fundamentais: se baseariam nas necessidades e evidências, na gestão baseada em resultados, na justiça e equidade, na prestação de contas e transparência, em funções e responsabilidades claras e na melhoria do desempenho. Abrangeria quatro segmentos operacionais amplos: a cooperação técnica no âmbito nacional, a provisão de bens públicos mundiais e regionais, a administração e gestão, e a resposta às emergências. Os possíveis critérios para a alocação de recursos em cada segmento estavam descritas no anexo do Documento CD53/INF/3.

248. A Secretaria atualmente estava desenvolvendo modelos para aplicar os diversos princípios e critérios. Os resultados desse trabalho seriam apresentados ao Grupo de Trabalho em novembro de 2014, após o que um projeto atualizado seria posto à disposição dos Estados Membros em meados de dezembro, em preparação para a sessão do Comitê de Programa, Orçamento e Administração que ocorreria em janeiro de 2015.

249. No debate que se seguiu, recordou-se que a iniciativa de alocação das margens orçamentárias havia surgido por solicitação dos Estados Membros da Região, que haviam adotado a Declaração dos Estados Membros das Américas sobre as Alocações Orçamentárias da OMS para a Região das Américas.⁸ Observou-se a liderança contínua da Região nessa questão e agradeceu-se ao México o seu trabalho no Grupo de Trabalho.

⁸ Constante da Resolução CE152.SS.R1.

250. Os delegados reconheceram a complexidade de elaborar um método justo, transparente e objetivo de alocação de recursos e sublinharam a necessidade de um método baseado nos princípios acordados por todos os Estados Membros. Enfatizou-se que a metodologia deveria estar vinculada com outros aspectos da reforma da OMS. A esse respeito, opinou-se que deveria ser dada mais ênfase aos três pilares propostos pela Secretaria da OMS e acordados pelos Estados Membros para a alocação dos recursos: planejamento de baixo para cima, identificação clara de funções e responsabilidades entre os três níveis da Organização e cálculo de custos realista dos resultados. O Delegado do México informou que, a fim de refletir as desigualdades, uma questão de vital importância para as Américas, o México havia solicitado que os critérios socioeconômicos para a alocação de recursos contivessem um indicador semelhante ao coeficiente de Gini.

251. Foi destacado que era necessário ter flexibilidade para contemplar as prioridades em constante evolução e os eventos imprevistos, bem como dispor de um mecanismo transitório adaptável que pudesse acomodar as mudanças estruturais que viessem a ser feitas no contexto da reforma da OMS. Opinou-se que o critério de alocação geral tanto para a cooperação técnica como para os segmentos de apoio mundiais e regionais deveria ser a vantagem comparativa da OMS. Sugeriu-se que a Secretaria talvez pudesse apresentar exemplos de como os diversos enfoques propostos seriam aplicados ao orçamento 2016–2017 para que os Estados Membros pudessem ver como eles funcionariam na prática. Também se sugeriu que, à luz da substituição do orçamento baseado em estimativas pelo orçamento baseado na determinação realista dos custos, a Secretaria executasse uma análise para verificar se seria factível aplicar o mecanismo de alocação de recursos aprovado em 2006.⁹

252. O Dr. Troedsson disse que a Secretaria elaboraria um documento de referência explicando como o planejamento de baixo para cima e o cálculo dos custos haviam sido aplicados no desenvolvimento do projeto de orçamento por programas 2016–2017. Ele concordou que era necessário ter flexibilidade na alocação de recursos, pois era difícil prever como as prioridades poderiam mudar com o passar do tempo. Outra consideração era a capacidade para executar os recursos: se um país ou região não conseguisse executar o seu orçamento integralmente, deveria haver uma maneira de realocar os recursos não executados.

253. A Diretora observou que o orçamento da OMS para a Região das Américas em 2016–2017 continuaria a basear-se nos modelos históricos e, nesse sentido, continuaria a ser, em grande medida, um orçamento de transição. Até que a Organização começasse a orçar com base em um enfoque certo efetivamente de baixo para cima e não em modelos históricos, a Região das Américas continuaria a se ver em uma situação desfavorável na alocação de recursos.

254. O Dr. Anarfi Asamoah-Baah (Diretor-Geral Adjunto, OMS) reconheceu a base histórica do projeto de orçamento por programas de 2016–2017 e afirmou que a questão

⁹ Ver documentos da OMS EB118/7 e EBSS-EB118/2006/REC/1.

da alocação das margens orçamentárias era extremamente complexa. Inúmeros fatores precisavam ser levados em conta, inclusive o fato de que, enquanto a Organização estava se aproximando de um enfoque de um único orçamento, os seus recursos vinham de várias fontes diferentes. A Secretaria tinha controle sobre como alguns desses recursos eram alocados ou poderia influir sobre essa alocação; contudo, em alguns casos, não exercia nenhuma influência, o que dificultava a alocação de uma parcela fixa de recursos para uma dada região.

255. Também era muito difícil determinar o que constituiria a parcela justa dos recursos da OMS para uma região. Uma fórmula simples baseada na carga da morbidade ou no produto interno bruto talvez se mostrasse inadequada à medida que mais países se aproximassem da condição de país de renda média. Além disso, era preciso ter em mente que poderia haver países pobres nas regiões consideradas ricas e países ricos nas regiões consideradas pobres. Outra consideração era como os recursos seriam alocados entre a sede da OMS e as regiões e, nas regiões, como seriam alocados entre os países. O Dr. Asamoah-Baah questionou se um grupo de trabalho formado por apenas seis Estados Membros era suficiente de lidar com todas essas considerações.

256. O Conselho tomou nota do relatório.

Relatório da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Progressos Alcançados na Prevenção e no Controle de Doenças não Transmissíveis (Documento CD53/INF/4, Rev. 1)

257. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) apresentou o Documento CD53/INF/4, Rev. 1, em que se analisava o relatório sobre a reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os progressos alcançados na prevenção e no controle de doenças não transmissíveis (DNTs). Ele chamou atenção, em especial, para o parágrafo 30 do documento resultante¹⁰ da referida reunião, que priorizava um conjunto de 19 medidas em quatro grandes áreas, algumas delas com prazos definidos para a sua conclusão.

258. Os Representantes de duas organizações não governamentais instaram os Estados Membros a levar a cabo integralmente todos os compromissos assumidos no documento, inclusive os pontos referentes à definição de metas de nacionais relacionadas às DNTs e planos nacionais multissetoriais com custos até 2015, além de incorporarem as DNTs às agendas de desenvolvimento nacional. Solicitou-se aos Estados Membros que promovessem ativamente a inclusão das DNTs na agenda de desenvolvimento pós-2015. Além disso, os Estados Membros foram instados a fazer da demência uma das prioridades nacionais de saúde e elaborar planos nacionais a esse respeito, em vista da previsão do grande aumento da prevalência da demência nos próximos anos.

259. O Dr. Hennis disse que a comunidade mundial havia avançado consideravelmente ao reconhecer a carga e o impacto significativo das DNTs e o importante fato de que as

¹⁰ Constante da resolução da Assembleia Geral A/RES/68/300.

DNTs eram não apenas uma questão de saúde, mas também uma questão de desenvolvimento. Haviam ocorrido alguns avanços definitivos: por exemplo, cerca de 50% dos países tinham uma política nacional em operação para as DNTs, um aumento em relação aos 32% em 2010. No entanto, deveria ser levado em conta que o progresso havia sido um tanto desigual, não por falta de vontade, mas devido a limitações de capacidade técnica e recursos. Claramente, ainda havia muito trabalho a fazer, e as tarefas eram grandes e os recursos eram limitados. Destacou que a Repartição estava pronta para prestar apoio e cooperação técnica aos Estados Membros, por exemplo, para estabelecer mecanismos multissetoriais para fazer face às questões das DNTs.

260. O Conselho tomou nota do relatório.

Sistematização dos Mandatos da OPAS (Documento CD53/INF/5)

261. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia acolhido a iniciativa para sistematizar as informações sobre as resoluções de Órgãos Diretores e outros compromissos de saúde pública. Havia sido levado em conta que isso facilitaria o acompanhamento dos mandatos tanto pela Repartição como pelos Estados Membros, ajudaria a identificar ações necessárias ou correções da rota, fortaleceria a governança e a liderança da Organização e aumentaria a eficácia do monitoramento do progresso no âmbito do Plano Estratégico 2014–2019 e de outros mandatos dos Órgãos Diretores.

262. O Conselho Diretor também acolheu a iniciativa, que ajudaria a aumentar a transparência e melhorar a prestação de contas. A iniciativa foi considerada uma boa prática que deve ser compartilhada com outras regiões e com a Secretaria da OMS. A opinião era que poderiam ser extraídas lições valiosas sobre a maneira como a Repartição e os Estados Membros abordavam o debate de questões de saúde e a adoção de resoluções; também forneceria informações sobre a possibilidade de eliminar gradativamente algumas áreas cuja prioridade havia se tornado baixa.

263. Os delegados concordaram com as recomendações constantes do Documento CD53/INF/5, sobretudo as referentes à necessidade de fortalecer as iniciativas e os mandatos da OPAS para que se concentrassem no cumprimento dos objetivos do Plano Estratégico e da Agenda de Saúde das Américas. Também destacaram a necessidade de resoluções futuras serem mais explícitas quanto aos requisitos em termos de relatórios, à clareza dos mandatos, à capacidade para execução e às implicações financeiras. Com respeito à recomendação do parágrafo 25, sugeriu-se que a Repartição formulasse um roteiro que abrangesse um possível cronograma para o exame das resoluções e mandatos, com ênfase na análise técnica para confirmar o cumprimento dos mandatos e avaliar os impactos programáticos e orçamentários de manter ou eliminar gradativamente as atividades.

264. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) disse que a Repartição havia tomado nota dos comentários dos delegados e tomaria medidas apropriadas nos próximos seis meses. O projeto havia representado uma

oportunidade importante para a Repartição examinar os mandatos dos Órgãos Diretores dos 15 anos anteriores. Havia sido possível identificar os compromissos cumpridos, os que ainda estavam pendentes e outros que mereceriam uma análise mais detalhada para determinar a conveniência de manter ou eliminá-los gradativamente. Ao mesmo tempo, a Repartição havia conseguido fortalecer o Repositório Institucional para o Intercâmbio de Informações (IRIS) por meio do acréscimo de um componente (conhecido como uma “comunidade”) especialmente voltado para os documentos e resoluções dos Órgãos Diretores. A Repartição também publicaria no IRIS um compêndio de resoluções, com links, que seria atualizado periodicamente. O sistema já estava disponível para consulta pelos Estados Membros.¹¹

265. A Diretora disse que o trabalho que havia sido feito em termos de sistematização dos mandatos seria útil apenas se ele fosse utilizado. O trabalho havia fornecido informações importantes, mas agora a Repartição precisava da orientação dos Estados Membros com respeito ao processo de eliminação gradativa dos itens que haviam sido concluídos ou já não eram pertinentes. Durante 2015, a Repartição se esforçaria para apresentar algumas propostas definitivas com respeito à eliminação gradativa de alguns itens.

266. A Repartição esperava, em especial, que o sistema fosse útil para os Estados Membros na identificação de documentos anteriores como resoluções sobre os assuntos que talvez desejassem pôr na agenda dos Órgãos Diretores. A responsabilidade de compilar as agendas para as sessões dos Órgãos Diretores cabia ao Comitê Executivo. Embora a Diretora efetivamente tivesse a opção de fazer sugestões, muitas solicitações de temas adicionais para inclusão na agenda vinham dos Estados Membros. Naturalmente, era muito difícil para a Repartição sugerir ao Comitê Executivo que essas solicitações não fossem consideradas; ela poderia, contudo, lembrar o Comitê da existência de planos de ação ou resoluções anteriores tratando do mesmo assunto. Talvez também pudesse apresentar uma análise que identificasse temas prioritários ou que constassem do Plano Estratégico 2014–2019.

267. Embora se tenha solicitado repetidas vezes que fossem encurtadas as agendas no contexto da reforma da OMS, as agendas dos Órgãos Diretores da OPAS e da OMS haviam se tornado ainda mais longas. A expectativa era que se pudesse exercer certa disciplina dentro da OPAS para assegurar que as agendas fossem significativas e contribuíssem para os temas prioritários da Região.

268. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

¹¹ Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/2?locale-attribute=en%20>.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documento CD53/INF/6, A-G)***Apresentação especial: Relatório do Grupo de Avaliação de Peritos Independentes***

269. A Dra. Carmen Barroso, Diretora Regional da Federação Internacional de Planejamento Familiar (Região do Hemisfério Ocidental) e membro do Grupo de Avaliação de Peritos Independentes (iERG, na sigla inglesa) criado para informar regularmente o Secretário-Geral das Nações Unidas sobre os resultados relacionados com a Estratégia Global para a Saúde de Mulheres e Crianças, apresentou as constatações do relatório do grupo referentes a 2014, *Every Woman, Every Child: a Post-2015 Vision* [Todas as mulheres, todas as crianças: uma visão para depois de 2015]. Ela observou que o relatório havia revelado que, em muitas áreas relacionadas com a saúde de mulheres e crianças, o mundo estava longe de alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e formulava várias recomendações para melhorar a situação no período pós-2015.

270. Um resumo da apresentação da Dra. Barroso e um link para o relatório completo do Grupo podem ser encontrados no website da OPAS.¹²

271. A Diretora agradeceu à Dr. Barroso a apresentação e também manifestou o seu reconhecimento pelo trabalho do Grupo de Avaliação de Peritos Independentes, estabelecido pela Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde da Mulher e da Criança, que tinha a função de assegurar que os Estados Membros e a Secretaria das Nações Unidas estavam cumprindo as expectativas.

A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática

272. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que ao considerar esse tema no Comitê Executivo, os delegados haviam concordado que a mudança climática representava uma ameaça à saúde humana e aos sistemas de saúde que só poderia ser mitigada mediante o reforço da cooperação entre os setores públicos e entre as instituições públicas privadas. Havia sido destacado que o setor da saúde deveria assumir um papel de liderança no estabelecimento dessas estas parcerias e assegurar que considerações de saúde relacionadas com a mudança climática fossem identificados e abordadas.

273. Nas deliberações do Conselho sobre esse relatório, sugeriu-se que deveriam ser tomadas outras medidas com o objetivo de incluir a saúde nas negociações que ocorreria na 20ª Sessão da Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática (COP 20), que seria realizada em Lima em dezembro de 2014. Manifestou-se a satisfação com os esforços da OMS para inserir o tema da saúde na agenda das negociações e com o apoio da RSPA à organização de um evento paralelo

¹² Disponível em inglês:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10063:carmen-barroso-presents-findings-of-2014-ierg-report-at-53rd-directing-council&Itemid=39620&lang=en.

sobre a mudança climática e a saúde durante a COP 20. Foi destacado o grave impacto das emergências relacionadas com o clima nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento, que haviam provocado a destruição da infraestrutura e ecossistemas e, em alguns casos, a perda de vidas. A conexão entre a mudança climática e a elevação dos índices de doenças como a dengue e a febre chicungunha também foi observada. Frisou-se a responsabilidade dos países desenvolvidos para limitar a emissão dos gases do efeito estufa e sublinhou-se a necessidade de dar atenção prioritária à mudança climática na agenda de desenvolvimento pós-2015.

274. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) reconheceu o esforço que os Estados Membros haviam feito para estabelecer planos nacionais como um passo rumo à consecução das metas do plano regional. Esse plano regional continuaria a ser executado até 2016 e, a essa altura, haveria uma avaliação final dos preparativos de países para fazer face à mudança climática. A Repartição reconheceu, em especial, a vulnerabilidade da sub-região do Caribe e os esforços especiais que precisariam ser feitos para assegurar uma resposta vigorosa e eficaz à mudança climática no local.

B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas

275. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado em junho de que o Comitê Técnico Internacional formado para examinar as evidências da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas estava aguardando um relatório final do Brasil antes de avançar com o processo de certificação. O Delegado do Brasil havia informado sobre as atividades realizadas no seu país para interromper a transmissão do sarampo e para comprovar e documentar a eliminação. Havia afirmado também que um recente surto de sarampo no Brasil havia sido controlado.

276. Na discussão do Conselho sobre o relatório de progresso, foi elogiado o progresso da Região na documentação e comprovação da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita. Contudo, assinalou-se que não se podia considerar que se havia conseguido eliminar o sarampo endêmico, pois o vírus do sarampo continuava em circulação. Os Estados Membros foram instados a identificar e atacar as brechas nos sistemas de vigilância, que eram essenciais críticos para documentar e manter a eliminação. Também se destacou que o fortalecimento dos sistemas de vigilância do sarampo e rubéola reforçaria a vigilância de outras doenças, desenvolvendo uma capacidade básica crucial do Regulamento Sanitário Internacional (2005). À luz da importação contínua de casos de outras regiões para as Américas, foi salientada a importância do apoio dos Estados Membros às parcerias globais para a eliminação mundial.

277. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) reconheceu o grande esforço que os Estados Membros haviam feito para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola

congênita. Embora alguns casos de sarampo estivessem ocorrendo no Brasil, a Repartição estava trabalhando de forma intensiva com o governo brasileiro, que estava fazendo todo o possível nas frentes técnicas e de recursos humanos para conter tais casos, e a previsão era a de que a eliminação dessas três doenças na Região seria confirmada em um futuro próximo.

C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave

278. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que, no exame, pelo Comitê Executivo, do relatório de progresso sobre a mortalidade materna, destacou-se a importância de estudar casos em que “quase houve um incidente”, ou seja, em que mães e recém-nascidos com uma grave enfermidade ou complicações no parto quase haviam morrido, para compreender melhor os fatores por trás da morbidade e da sobrevivência. O Comitê havia sido informado de que a Repartição estava lançando uma nova iniciativa para monitorar e melhorar a vigilância dos casos de complicações graves durante o parto.

279. Na discussão do relatório de progresso pelo Conselho, os delegados reafirmaram o compromisso dos seus países de continuar a se esforçar para reduzir a mortalidade materna, inclusive por meio do desenvolvimento de indicadores apropriados e mecanismos para permitir a medição mais precisa da morbidade, bem como por meio de enfoques multissetoriais que vão além do ministério ou do setor da saúde. Destacou-se a importância dos sistemas de vigilância para obter informações sobre todas as mães e os seus recém-nascidos que apresentem complicações ou morte relacionada com a gravidez, o parto ou o pós-parto. Recomendou-se que os relatórios futuros contivessem dados e análises das tendências para permitir avaliar melhor se países os estavam alcançando as suas metas e objetivos estabelecidos no plano de ação, com ênfase especial na melhoria da saúde materna nas populações indígenas, pobres e desfavorecidas.

280. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) reconheceu o compromisso e os esforços dos Estados Membros para reduzir a mortalidade e morbidade maternas. Também acolheu o reconhecimento de que essa questão era um grande desafio social que ia além do setor da saúde, tornando necessário identificar e abordar fatores sociais que impactavam o fenômeno da mortalidade materna. Havia também a necessidade de garantir o atendimento mais oportuno e de melhor qualidade, além de melhorar a medição da morbidade materna.

D. Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

281. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado de que, de modo geral, a Região das Américas estava no rumo certo para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde (ODMs). Contudo, persistiam alguns desafios, sobretudo no que se refere a três indicadores importantes relacionados com a saúde: mortalidade infantil, mortalidade

materna e saneamento básico. O Comitê havia acolhido o progresso feito, mas havia reconhecido que os resultados informados no âmbito nacional eram médias que ocultavam as disparidades e iniquidades no âmbito subnacional. Havia sido considerado essencial que, no período pós-2015, fossem mantidos os benefícios obtidos e se continuasse a trabalhar para todos os grupos populacionais alcançarem os ODMs. A atenção contínua à saúde materno-infantil, a saúde reprodutiva e o planejamento familiar, e a água e o saneamento foram considerados de especial importância. Também se salientou a necessidade de continuar a fortalecer os sistemas de saúde e os serviços e sistemas de informação em saúde. Outras prioridades em matéria de saúde a serem perseguidas no período pós-2015 eram a prevenção e controle de doenças não transmissíveis, como os transtornos mentais e os traumatismos causados pela violência; a atenção contínua às doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV/AIDS, a malária, a tuberculose e as doenças tropicais negligenciadas; e a cobertura universal de saúde.

282. Na discussão do relatório de progresso pelo Conselho, os delegados manifestaram o compromisso constante dos seus países com o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Alguns instaram pela ajuda contínua da RSPA aos países nos seus esforços para alcançar as metas relacionadas com a saúde. A ajuda era necessária, em especial, para reduzir a desigualdade nos temas de saúde na Região.

283. Assinalou-se que a saúde estava intimamente ligada a outros aspectos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável. Por exemplo, a redução da pobreza no Brasil havia levado a uma diminuição das doenças transmissíveis, inclusive da tuberculose e da hanseníase, bem como a uma redução significativa da desnutrição infantil. Reconheceu-se que, apesar do progresso feito rumo à consecução das metas, ainda havia muito a fazer, principalmente na área da mortalidade materna. Destacou-se a importância da cooperação constante entre os países da Região, tanto antes como depois da conclusão do prazo, em 2015, estabelecido para as Metas.

284. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade na Saúde, RSPA) observou que a mesa-redonda sobre a agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015 (ver os parágrafos 148 a 160) havia confirmado que muitos dos desafios dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio continuariam no período pós-2015. Estabelecer indicadores e metas regionais seria uma tarefa regional, o que criaria uma boa plataforma para apoiar o progresso dos Estados Membros.

285. A Diretora disse que, para a RSPA, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio representavam uma agenda inconclusa, sobretudo com referência aos ODMs 4 e 5. Frisou que era a iniquidade na Região que estava tornando mais difícil para os Estados Membros alcançar algumas das metas. No futuro, seria necessário um enfoque muito mais centrado, voltado para os países que estavam ficando para trás, mas também atento às populações que estavam ficando para trás nos países. Também seria necessária trabalho com mais intensidade nas áreas do acesso a atendimento de qualidade e atenção aos determinantes sociais da saúde.

286. Uma área de trabalho importante estaria relacionada com as estatísticas da saúde, pois algumas das estimativas publicadas internacionalmente não refletiam os dados estatísticos nacionais. Haveria uma reunião com os Estados Membros até o fim do ano para definir um plano de ação para melhorar as estatísticas, sobretudo na área da mortalidade materna. Essa seria uma prioridade constante até 2015 e nos anos seguintes.

E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza

287. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que, ao considerar esse tema, o Comitê Executivo havia aplaudido o progresso feito até o momento na eliminação das doenças negligenciadas e de outras infecções relacionadas com a pobreza. Os Estados Membros foram instados a manter a sua vontade política e as suas atividades para que, com o apoio constante da Repartição, essas doenças pudessem ser eliminadas definitivamente. Também foram incentivados a tomar medidas imediatas para prevenir a febre chicungunha.

288. Na discussão do relatório de progresso pelo Conselho, os Estados Membros destacaram a importância dos planos intersetoriais dirigidos a diversas doenças. Também se salientou a necessidade de cooperação entre os países, sobretudo nas zonas de fronteira. A esse respeito, havia sido informado que Brasil e a República Bolivariana da Venezuela haviam firmado recentemente um memorando de entendimento para uma iniciativa colaborativa que visava a eliminar a oncocercose na região indígena dos ianomâmis ao longo da sua fronteira comum. O Delegado do Equador destacou a importância da participação comunitária na eliminação da oncocercose no seu país e observou que, com um esforço sustentado, seria possível repetir esse êxito com outras doenças como a Doença de Chagas, a malária e a dengue.

289. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) felicitou o Equador e a Colômbia por terem eliminado a oncocercose. Atualmente, a doença ocorria apenas em um local, na fronteira entre o Brasil e a Venezuela, e um último impulso bem-sucedido para eliminá-la seria um triunfo para as Américas. A Repartição faria tudo que estivesse no seu alcance para apoiar os esforços desses dois países.

F. Plano de Ação para Hospitais Seguros

290. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que, na discussão do relatório de progresso sobre esse tema pelo Comitê Executivo, havia sido destacado que os desastres que haviam ocorrido desde a adoção do Plano de Ação para Hospitais Seguros em 2010 haviam destacado o progresso feito na redução dos riscos de desastres, mas também haviam revelado a facilidade com que hospitais, centros de saúde e sistemas de saúde pública poderiam ser sobrecarregados em virtude de emergências de saúde pública e desastres. A Repartição foi incentivada a facilitar oportunidades para o intercâmbio de informações técnicas e perícia, bem como para a oferta de capacitação aos Estados Membros visando à construção de hospitais seguros.

Também se assinalou que o trabalho realizado na Região havia mostrado que era possível, com níveis relativamente baixos de investimento, não apenas tornar os hospitais mais seguros, mas também fazer com que reduzissem o consumo de energia e estivessem mais adaptados à mudança climática.

291. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) disse que o Plano de Ação para Hospitais Seguros era um esforço regional em andamento, com muito trabalho ainda a ser feito até os objetivos do Plano serem alcançados plenamente. A terceira Conferência Mundial sobre a Redução do Risco de Desastres seria realizada em 2015 no Japão. Até o momento, o setor da saúde não havia sido um participante importante nessas conferências, mas a iniciativa da OPAS havia inserido o tema da segurança dos hospitais na agenda mundial. Ele concordou que os hospitais tinham uma função a cumprir no cenário da mudança climática: não era suficiente que fossem seguros e se mantivessem em funcionamento; também precisavam reduzir a sua pegada de carbono. A sub-região do Caribe estava demonstrando ao mundo que era possível criar “hospitais inteligentes” que fossem seguros e ecológicos. Como um exemplo prático e concreto do que poderia ser feito, a iniciativa dos hospitais seguros havia tido uma influência positiva em outros setores como o da educação, em que agora se considerava a construção de escolas mais seguras.

G. Situação dos Centros Pan-Americanos

292. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Representante do Comitê Executivo) informou que os Membros desse Comitê haviam considerado que o trabalho dos diversos centros pan-americanos era de grande importância para a Região. Em especial, haviam sido louvadas as contribuições do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) para a inocuidade dos alimentos e a prevenção e controle das zoonoses. Havia sido sugerido que uma nova estrutura administrativa semelhante à do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) deveria ser implementada para permitir uma maior participação dos Estados Membros na governança do PANAFTOSA e para melhorar a coordenação das atividades de eliminação da febre aftosa. O Governo do Paraguai havia se oferecido para organizar um evento de âmbito internacional para explorar essa ideia ainda mais e formular uma proposta.

293. A Diretora havia dito que a Repartição teria o prazer de trabalhar com os Estados Membros no desenvolvimento de um mecanismo participativo de governança. Ela também havia dito que, embora a Repartição carecesse dos recursos para concluir todo o trabalho necessário para alcançar a meta da erradicação da febre aftosa, acolheria a oportunidade de trabalhar com ministérios da Agricultura e associações de saúde animal para assegurar financiamento suficiente para o trabalho do PANAFTOSA.

294. Ao resumir os relatórios de progresso, o Diretor disse que o progresso destacado nos diversos relatórios refletiu bastante o compromisso dos Estados Membros. Os desafios persistiam, e a Repartição trabalharia com os Estados Membros para superar os obstáculos e alcançar os objetivos dos planos de ação.

295. O Conselho tomou nota dos relatórios.

Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS (Documento CD53/INF/7, A-C)

A. 67ª Assembleia Mundial da Saúde

296. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia ouvido um relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde e de diversos órgãos sub-regionais considerados de especial interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. O relatório chamava atenção especialmente para as resoluções da Assembleia Mundial da Saúde sobre a estratégia e as metas globais referentes à prevenção da tuberculose, atenção e controle, bem como sobre o fortalecimento da função do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher e crianças, temas que estão relacionados estreitamente com o trabalho ora em andamento no âmbito regional. Também foi destacada a Resolução WHA67.25 sobre a resistência aos antimicrobianos, e havia sido sugerido que os Estados Membros talvez desejassem considerar a conveniência de aprovar uma resolução regional sobre a questão em um futuro próximo.

B. Quadragésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

297. A agenda, os documentos de trabalho e as resoluções da Sessão podem ser consultados em <http://www.oas.org/en/44ga/>.

C. Organizações Sub-regionais

298. Com respeito às ações dos órgãos sub-regionais de interesse da OPAS, o Dr. Barbosa da Silva informou que o Comitê Executivo havia sido informado que o Conselho sobre o Desenvolvimento Humano e Social da Comunidade do Caribe havia discutido as questões relacionadas à agenda de saúde da CARICOM, a Agência de Saúde Pública do Caribe, doenças transmissíveis e não transmissíveis, HIV e AIDS, e o Regulamento Sanitário Internacional, entre outros temas.

299. Os temas tratados pela Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana abrangiam as doenças infecciosas negligenciadas, o impacto da dependência das drogas na sub-região e a regulamentação dos medicamentos e da tecnologia. O Conselho de Ministros da Saúde da América Central havia aprovado os indicadores para monitorar a implementação do Plano de Saúde para a América Central e República Dominicana e havia solicitado à OPAS que ajudasse a elaborar sobre uma política de saúde para o Sistema de Integração Centro-Americana.

300. A Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina havia discutido os indicadores básicos para o monitoramento dos sistemas nacionais de saúde para o acesso universal, a saúde intercultural, o acesso a medicamentos e o desenvolvimento de uma política sobre

a incapacidade. Os Ministros da Saúde do Mercosul haviam examinado a situação epidemiológica da dengue, sarampo, influenza, tuberculose e malária. Também haviam discutido as atividades de saúde binacionais no contexto da Copa do Mundo realizada no Brasil.

301. O Conselho tomou nota do relatório.

Outros Assuntos

302. Nenhum outro assunto foi discutido no Conselho Diretor.

Encerramento da Sessão

303. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 53ª Sessão do Conselho Diretor.

Resoluções e Decisões

304. As resoluções e decisões aprovadas pelo 53º Conselho Diretor são as seguintes:

Resoluções

CD53.R1: Arrecadação de Contribuições Fixas

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (Documentos CD53/17 e Add. I) e a preocupação externada pela 154ª 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 (Documentos CD53/17 e Add. I).
2. Expressar agradecimento aos Estados Membros que já realizaram pagamentos em 2014, 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 2014.

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 54º Conselho Diretor da situação da arrecadação das contribuições fixas referentes a 2015 e anos anteriores.

(Quarta reunião, 30 de setembro de 2014)

CD53.R2: Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas* (Documento CD53/10, Rev. 1);

Considerando a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas como um enfoque às políticas públicas em todos os setores que sistematicamente leva em consideração as implicações para a saúde das decisões, busca sinergias e evita o impacto negativo à saúde de modo a melhorar a saúde da população e a equidade em saúde, assim como o plano geral de ação saúde em todas as políticas da OMS, que estabelece seis componentes principais que devem ser contemplados a fim de pôr o enfoque da saúde em todas as políticas em prática;

Recordando a Declaração de Alma-Ata, com sua ênfase em uma estratégia de atenção primária à saúde, e a estratégia global para saúde para todos até o ano 2000, conclamando a coordenação, a cooperação e a ação intersetorial para saúde entre os respectivos setores e os aspectos do desenvolvimento nacional e das comunidades, assim como a rogativa da Carta de Ottawa para a formulação de políticas públicas favoráveis e criação de ambientes propícios à saúde;

Reconhecendo a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde e sua exortação para o desenvolvimento e a implementação de medidas confiáveis e robustas, com base em evidências, do bem-estar da sociedade, escoradas quando possível nos indicadores, padrões e programas existentes e em todo o gradiente social, que não se restringem ao crescimento econômico, e reconhecendo o importante papel de promoção de causa dos ministérios da saúde neste sentido;

Constatando o documento da Assembleia Geral das Nações Unidas “O futuro que queremos”, em particular o seu reconhecimento de que a saúde é um prerequisite e resultado final e indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável, e sua exortação à participação de todos os respectivos setores em ação multissetorial coordenada para atender urgentemente as necessidades em saúde da população mundial;

Reconhecendo que os benefícios em saúde não se deram por igual entre os países e dentro dos países na Região, que a iniquidade continua sendo um dos maiores desafios para a saúde e o desenvolvimento sustentável na Região das Américas, e que o aumento da migração, o envelhecimento populacional e o conseqüente crescimento das doenças não transmissíveis são as tendências mais importantes que definem a saúde nas Américas;

Reconhecendo o Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e, em particular a sua categoria 3 (determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida),

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas* para 2014-2019.
2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado e levando em conta o contexto e as prioridades nacionais, a que:
 - a) defendam a saúde e a promoção da equidade em saúde como prioridade e tomar medidas eficientes em relação aos determinantes sociais da saúde, à cobertura universal de saúde, ao fortalecimento dos sistemas de saúde e à equidade em matéria de saúde;
 - b) adotem medidas efetivas, inclusive, se convier, legislação, estruturas, processos e recursos que facilitem políticas públicas que levam em consideração e contemplam o próprio impacto na saúde, a equidade em saúde e os determinantes da saúde, e executem mecanismos para mensurar e dar seguimento aos determinantes e às disparidades em saúde;
 - c) desenvolvam e mantenham, conforme apropriado, a capacidade e as competências institucionais adequadas e sustentáveis, para obter, por meio de ações em todos os setores, melhores resultados do ponto de vista de saúde e equidade em saúde;
 - d) usem as ferramentas pertinentes para identificar, avaliar, promover e fortalecer a participação multissetorial e as ações para a saúde, incluindo, se apropriado, comitês interministeriais, orçamentos e contabilidade integrados, e análise do impacto na saúde;
 - e) fortaleçam a devida diligência e responsabilidade e dêem maior transparência à tomada de decisão e participação;
 - f) envolvam, se apropriado, as comunidades locais e atores da sociedade civil no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas em

- todos os setores, incluindo mecanismos para o engajamento das comunidades e participação pública;
- g) contribuam para o desenvolvimento da agenda de desenvolvimento pós-2015 enfatizando que as políticas nos setores diferentes do setor da saúde têm um impacto significativo nos resultados de saúde, e identificando as sinergias entre os objetivos das políticas na saúde e em outros setores;
 - h) impulsionem a participação ativa das autoridades de outros setores nos temas de saúde.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) apoie os esforços nacionais para melhorar a saúde e o bem-estar e assegurar a equidade em saúde, incluindo ação em todos os setores nos determinantes da saúde e fatores de risco para doenças mediante o fortalecimento do conhecimento e das evidências para promover a saúde em todas as políticas;
 - b) ofereça orientação e assistência técnica, a pedido, aos Estados Membros nos seus esforços de implementar a saúde em todas as políticas, incluindo o desinvestimento da capacitação necessária, estruturas, mecanismos e processos para mensurar e monitorar os determinantes da saúde e as disparidades em saúde;
 - c) fortaleça o papel, as competências e os recursos de conhecimento da OPAS de dar orientação e assistência técnica para apoiar a implementação de políticas em todos os setores nos diversos níveis de governança, e assegure coerência e colaboração com as próprias iniciativas da OPAS que requerem ações em todos os setores, inclusive na resposta regional aos desafios decorrentes das doenças não transmissíveis;
 - d) fortaleça o intercâmbio de experiências entre países e o trabalho entre órgãos do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano.

(Quarta reunião, 30 de setembro de 2014)

CD53.R3: Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 Modificado

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações propostas aos indicadores do *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019* (Documento Oficial 345);

Acolhendo as melhorias da definição e dos critérios de mensuração dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS;

Reconhecendo a valiosa contribuição do Grupo de Trabalho de Países para:
a) melhorar a definição e os critérios de mensuração dos indicadores de impacto e dos

resultados intermediários, inclusive com o desenvolvimento de um compêndio abrangente de indicadores, b) avaliar e fazer recomendações para aprimorar a metodologia de estratificação das prioridades programáticas e c) desenvolver o novo sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

Reconhecendo a importância de manter consultas com os Estados Membros a fim de validar as linhas de base e as metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado* (Documento Oficial 345), incluindo seus indicadores revisados.
2. Agradecer ao Grupo de Trabalho de Países o seu compromisso e valiosa contribuição para o aprimoramento dos indicadores do Plano Estratégico, inclusive mediante o desenvolvimento de um compêndio abrangente de indicadores, e suas orientações para a elaboração do sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado*.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue a consultar os Estados Membros sobre quaisquer revisões adicionais das linhas de base e metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico durante a preparação dos programas e orçamentos e suas avaliações correspondentes;
 - b) incorpore ao Programa e Orçamento 2014-2015 quaisquer alterações necessárias em resposta à versão modificada do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;
 - c) implemente o sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o Plano Estratégico, em colaboração com os Estados Membros;
 - d) continue a consultar os Estados membros para aperfeiçoar o marco de estratificação das prioridades programáticas e aplicá-lo aos programas e orçamentos futuros;
 - e) continue trabalhando em estreita colaboração com os membros do Grupo de Trabalho de Países a fim de obter sua assessoria e contribuição para a implementação do processo de monitoramento e avaliação conjunto e o aperfeiçoamento do marco de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS;
 - f) apresente um relatório a respeito do andamento da implementação do *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado* ao final do biênio 2014-2015.

(Quinta reunião, 1º de outubro de 2014)

CD53.R4: Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos do Brasil, Chile e El Salvador

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo em mente as disposições dos Artigos 4.D e 15.A da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando que Estados Unidos da América, Guatemala e Trinidad e Tobago foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos do Brasil, Chile e El Salvador,

RESOLVE:

1. Declarar Estados Unidos da América, Guatemala e Trinidad e Tobago eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer ao Brasil, Chile e El Salvador pelos serviços prestados durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

(Quinta reunião, 1º de outubro de 2014)

CD53.R5: Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo presente que o Artigo VI do Estatuto do BIREME estabelece que o Comitê Assessor do BIREME seja constituído de um representante nomeado pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana e outro nomeado pelo Governo do Brasil como membros permanentes, e que os cinco membros não permanentes devem ser selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) entre os membros do BIREME (que neste momento inclui todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS), levando em consideração a representação geográfica;

Lembrando que o Artigo VI estabelece, além disso, que os cinco membros não permanentes do Comitê Assessor do BIREME devem alternar-se a cada três anos e que o Conselho Diretor ou a Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS poderão estipular um período de alternância mais curto se for necessário para manter o equilíbrio entre os membros do Comitê Assessor;

Considerando que Panamá e Trinidad e Tobago foram eleitos para integrar o Comitê Assessor do BIREME a partir de 1º de janeiro de 2015, por chegarem a seu término os mandatos da Bolívia e do Suriname,

RESOLVE:

1. Declarar Panamá e Trinidad e Tobago eleitos como membros não permanentes do Comitê Assessor do BIREME para um período de três anos.
2. Agradecer à Bolívia e ao Suriname os serviços prestados por seus delegados no Comitê Assessor do BIREME durante os últimos três anos.

(Quinta reunião, 1º de outubro de 2014)

CD53.R6: Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* (Documento CD53/6);

Observando a importância da integração eficaz e sustentável dos programas nacionais e serviços hemoterápicos do sistema nacional de saúde, a fim de conseguir autossuficiência, segurança, eficiência, disponibilidade e acesso universal ao sangue e aos hemocomponentes, no momento e da maneira oportunos para contribuir para salvar vidas e melhorar as condições de saúde de todas as pessoas que deles necessitem, como crianças com anemias graves, doentes crônicos, pacientes com hemoglobinopatias, traumatismos ou câncer, mulheres grávidas e pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, como transplantes, entre outros;

Considerando a transfusão sanguínea como uma das oito intervenções chave no atendimento obstétrico de emergência;

Ciente dos esforços realizados pela Repartição Sanitária Pan-Americana e pelos programas nacionais de sangue dos Estados Membros para o fortalecimento dos sistemas nacionais de sangue, a fim de melhorar o acesso ao sangue, sua disponibilidade e sua segurança;

Levando em consideração a avaliação conjunta da execução do plano 2006-2010, realizada em 2011 e apresentada ao 51º Conselho Diretor da OPAS no documento CD51/INF/5, e os resultados e os desafios determinados na avaliação que servem de ponto de partida para a formulação do *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* 2014-2019;

Reconhecendo que, para conseguir suprimento suficiente, qualidade apropriada do sangue e segurança nas transfusões, é necessário ajustar os enfoques nacionais atuais;

Preocupado com a necessidade de atingir a autossuficiência de sangue e hemocomponentes com base no aumento do número de doadores voluntários na Região das Américas, e considerando que o sangue coletado é habitualmente processado para ser transformado em hemocomponentes;

Motivado pelo espírito do pan-americanismo, pelos objetivos de desenvolvimento do milênio, pelos instrumentos vinculantes de direitos humanos universais e regionais e pelo desafio de conseguir o acesso universal a sangue e hemocomponentes seguros;

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* e sua implementação no contexto das condições próprias de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração o contexto e as prioridades nacionais, a que:
 - a) renovem seu compromisso de apoiar a implantação de programas e serviços de sangue bem organizados, sustentáveis e coordenados em nível nacional que estejam integrados ao sistema de saúde e contem com a estrutura legal e normativa apropriada para avançar em direção à garantia ao acesso universal ao sangue e aos hemocomponentes mediante a suficiência, qualidade e segurança e o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes;
 - b) aloquem os recursos necessários para o funcionamento e desenvolvimento adequados do sistema, tais como:
 - i. recursos financeiros que assegurem a viabilidade e a gestão transparente do sistema a fim de evitar a comercialização do sangue, exceto quando a legislação nacional a permita, e evitar o lucro,
 - ii. a disponibilidade de recursos humanos capacitados apoiando iniciativas educacionais e evitar a alta rotatividade de pessoal nos serviços;
 - c) promovam única e exclusivamente a doação voluntária de sangue, não remunerada e repetida, e desestimulem a doação remunerada e familiar ou de reposição, exceto quando esteja amparada pelo sistema regulatório nacional;
 - d) estabeleçam sistemas de gestão de qualidade que assegurem a triagem universal do sangue para os marcadores estipulados pela OPAS/OMS na Região, a implementação de programas nacionais de avaliação externa de desempenho, e o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes a fim de promover a segurança do paciente, bem como a identificação das necessidades de sangue e de componentes sanguíneos para garantir o acesso universal e a redução dos descartes;

- e) promovam a participação intersetorial (setor público, setor privado, outros ministérios, sociedade civil, entre outros) para potencializar os recursos e obter sinergias em benefício do sistema nacional de sangue;
 - f) estabeleçam um marco regulatório que fortaleça o sistema de vigilância sanitária a fim de assegurar a regulamentação e o controle da cadeia transfusional;
 - g) assegurem os mecanismos para implementação de um sistema de hemovigilância não punitivo, onde sejam notificadas as reações transfusionais que permitam identificar intervenções oportunas para adoção de medidas corretivas e mitigação de riscos;
 - h) apropriem e utilizem de forma adequada os recursos para alcançar os objetivos do *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro 2014-2019*;
 - i) estabeleçam mecanismos que permitam monitorar e avaliar a execução desse plano de ação.
3. Pedir à Diretora que:
- a) coopere com os Estados Membros na implementação do presente plano 2014-2019, em conformidade com suas necessidades, mediante a aplicação de um enfoque multidisciplinar e a consideração da promoção da saúde, dos direitos humanos, da igualdade de gênero e dos determinantes sociais da saúde;
 - b) promova a implementação deste plano de ação e garanta sua transversalidade em todas as áreas programáticas da Organização e dos diferentes contextos regionais, sub-regionais e nacionais, e a colaboração com os países e entre eles, na elaboração de estratégias e no intercâmbio de capacidades e recursos;
 - c) continue promovendo a captação ativa de recursos e a formação de alianças para respaldar a aplicação desta resolução;
 - d) monitore e avalie a execução deste plano de ação e informe periodicamente aos Órgãos Diretivos sobre os avanços e limitações na execução do Plano, bem como suas adaptações, se necessário, a novos contextos e necessidades.

(Sexta reunião, 1º de outubro de 2014)

CD53.R7: Plano de Ação sobre Saúde Mental

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação sobre Saúde Mental* (Documento CD53/8);

Reconhecendo que no mundo há uma alta prevalência de transtornos mentais e de consumo de substâncias psicoativas, e que esta contribui de maneira importante para a

morbidade, a incapacitação e a mortalidade prematura, e que, além disso, há uma grande falta de tratamento;

Entendendo que não há saúde sem saúde mental, sendo que esta é concebida não apenas pela ausência de enfermidade, mas como “um estado de bem estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade”;¹

Considerando que, em 2009, o Conselho Diretor da OPAS aprovou a *Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Mental*, e que em 2013 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020, e que, além disso, nesse mesmo ano a OPAS aprovou seu Plano Estratégico 2014-2019, tornando-se conveniente e necessário atualizar e alinhar nosso plano regional de ação sobre saúde mental com o Plano Estratégico da OPAS e com o plano de ação integral sobre a saúde mental da OMS;

Recordando os instrumentos internacionais fundamentais sobre direitos humanos, tais como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;

Observando que o *Plano de Ação sobre Saúde Mental* aborda as linhas de ação essenciais para responder às diversas necessidades de saúde mental dos países,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação sobre Saúde Mental*, bem como sua aplicação no contexto das condições próprias de cada país para responder às necessidades atuais e futuras no campo da saúde mental.
2. Instar os Estados Membros, levando em conta seu contexto nacional a que:
 - a) incluam a saúde mental e a promoção da saúde mental nas prioridades da política nacional de saúde para garantir a execução de planos de saúde mental que levem em consideração a falta e a desigualdade na distribuição de recursos que ocorre em alguns países;
 - b) fortaleçam, formulem, revisem e, se necessário, reformem os marcos legais dos países, bem como a aplicação destes, para proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;
 - c) apoiem a participação da sociedade civil, particularmente as associações de usuários e de seus familiares, no planejamento e execução de atividades para promover a saúde mental da população;

¹ Organização Mundial da Saúde. Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020 (em espanhol), anexo, pag. 3 (2013).

- d) promovam o acesso universal e equitativo à atenção integral de saúde mental para toda a população, e com base na comunidade, mediante o fortalecimento da capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde mental no marco das redes integradas de serviços, enfatizando especialmente a redução da lacuna que existe em termos de tratamento;
- e) continuem os esforços para evoluir do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para um embasado na comunidade, onde o componente de saúde mental seja integrado na atenção primária à saúde nos hospitais gerais, e sejam estabelecidos serviços de saúde mental descentralizados e próximos da população;
- f) assegurem que os serviços de saúde mental respondam apropriadamente às particularidades dos grupos em situação vulnerável ou com necessidades especiais;
- g) assegurem a prestação de serviços de saúde mental e apoio psicossocial nos casos de emergências e de desastres;
- h) considerem o fortalecimento dos recursos humanos em matéria de saúde mental como um componente essencial para o melhoramento da capacidade de resposta dos serviços e, em particular, à atenção primária, para o qual é crucial a execução regular de programas de capacitação;
- i) impulsionem iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde mental e da prevenção dos transtornos mentais, com atenção especial ao ciclo de vida, bem como para abordar o estigma e a discriminação que sofrem as pessoas com transtornos mentais;
- j) executem intervenções específicas para a prevenção do suicídio que incluam o melhoramento dos sistemas de informação e vigilância;
- k) reduzam a falta de informações existente no campo da saúde mental através do melhoramento da produção, da análise e do uso das informações, bem como a realização de pesquisas;
- l) fortaleçam as alianças governamentais multisetoriais, bem como aquelas formadas com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros atores sociais essenciais.

3. Solicitar à Diretora que:

- a) apoie os Estados Membros na elaboração, revisão, fortalecimento e execução de planos nacionais de saúde mental e de marcos legais que tenham como referência este plano de ação, procurando corrigir as iniquidades e dando prioridade a atenção aos grupos em situação vulnerável e portadores de necessidades especiais;
- b) colabore nas avaliações dos programas e serviços de saúde mental dos países para que sejam aplicadas ações adequadas que tenham por base um diagnóstico da situação existente;

- c) prepare e divulgue entre os Estados Membros um documento técnico complementar contendo recomendações de opções práticas para implementar este plano nos países, bem como a medição dos indicadores sugeridos;
- d) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências, e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- e) fomente alianças com organizações governamentais, não governamentais, organismos internacionais e outras instâncias regionais ou subregionais em apoio à resposta integral necessária ao processo de execução deste plano de ação.

(Sexta reunião, 1º de outubro de 2014)

CD53.R8: Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* (Documento CD53/11);

Observando que a deficiência visual é um problema sério na Região, que tem relação com a pobreza e a marginalização social;

Ciente de que a maioria das causas da cegueira são evitáveis e de que os tratamentos atuais se encontram entre os mais bem-sucedidos e proveitosos de todas as intervenções de saúde;

Apreciando os esforços empreendidos pelos Estados Membros nos últimos anos para prevenir a cegueira evitável, mas ciente da necessidade de consolidar os resultados;

Relembrando a resolução CD47.R1 (2006) do Conselho Diretor, *A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados*,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* 2014-2019.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração o contexto e as prioridades nacionais, a:
 - a) fortalecerem as iniciativas nacionais para prevenção dos impedimentos visuais evitáveis, mediante, entre outras ações, a melhoria da integração da saúde ocular aos planos nacionais de saúde e a prestação de serviços de saúde, conforme apropriado;

- b) implementarem as ações propostas no Plano de Ação 2014-2019, de acordo com as prioridades nacionais e o acesso universal aos serviços;
 - c) considerarem as consequências orçamentárias relacionadas;
 - d) fomentarem as alianças entre o setor público, as organizações não governamentais, o setor privado, a sociedade civil e as comunidades em programas e atividades que promovam a prevenção da cegueira;
 - e) promoverem a cooperação entre países nas áreas de prevenção e atenção à cegueira e à deficiência visual;
 - f) resguardarem os direitos humanos das pessoas com deficiência e atualizarem suas leis sobre deficiência, conforme apropriado, e adaptem-nas em conformidade com as normas e diretrizes internacionais aplicáveis.
3. Pedir à Diretora que:
- a) apoie a implementação do plano de ação para manter e fortalecer a colaboração da Repartição Sanitária Pan-Americana com os Estados Membros em matéria de prevenção da cegueira;
 - b) proporcione apoio técnico aos Estados Membros para a aplicação das medidas propostas deste plano de ação, em conformidade com as prioridades nacionais e os instrumentos universais e regionais de direitos humanos aplicáveis à saúde e a deficiência;
 - c) apoie a implementação deste plano de ação, em particular no tocante à inclusão do acesso universal e equitativo aos serviços;
 - d) continue priorizando a prevenção da cegueira evitável, e considere a possibilidade de alocar recursos para a implementação deste plano de ação;
 - e) promova a cooperação técnica entre países e o estabelecimento de alianças estratégicas para a realização de atividades destinadas à proteção da saúde ocular.

(Sétima reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R9: Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* (Documento CD53/12);

Reconhecendo que os países das Américas aumentaram sua capacidade de responder com seus próprios recursos humanos e materiais a emergências e desastres, mas que, por outro lado, em eventos de maior magnitude, continua sendo necessária a assistência internacional para complementar os esforços do país afetado;

Entendendo que a assistência humanitária exige o estabelecimento de mecanismos adequados de coordenação nacional e internacional, a fim de assegurar que as intervenções sejam realizadas de acordo com as normas humanitárias internacionais acordadas, inclusive cuidados médicos e intervenções públicas na saúde, respeitando a cultura e os costumes dos países afetados;

Reconhecendo que os desastres podem acentuar as desigualdades e as iniquidades existentes e que as ações que tendem ao fortalecimento das capacidades de coordenação da assistência permitem incluir aspectos como a proteção aos grupos vulneráveis, a igualdade entre os sexos e a identificação de necessidades culturais ou das que possam ter os grupos étnicos;

Considerando que a reforma humanitária e a agenda transformativa das Nações Unidas e as resoluções CD45.R8 (2004) e CSP28.R19 (2012) da OPAS/OMS e WHA65.20 (2012) da OMS instam a melhorar a coordenação entre os diferentes atores que trabalham na resposta a emergências, com a finalidade de otimizar a resposta e a prestação de contas da cooperação internacional;

Reconhecendo o papel singular e fundamental do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) na coordenação da ação humanitária internacional, e considerando devidamente o papel das autoridades nacionais de gestão das situações de desastre;

Reconhecendo que o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 e o Programa e Orçamento 2014-2015, aprovados pelo 52º Conselho Diretor da OPAS, estabelecem que os países contarão com um mecanismo de coordenação de emergências no âmbito da saúde que cumpra os requisitos mínimos para um desempenho satisfatório;

Reconhecendo a complexidade do setor da saúde e o papel crucial que desempenha no início da resposta a uma ocorrência de um desastre ou emergência, e reconhecendo que a coordenação da ajuda internacional na saúde poderia ser mais bem refletida nos mecanismos multissetoriais nacionais e internacionais;

Considerando a importância de contar com um plano de ação que fortaleça o setor de saúde nos Estados Membros e aumente sua capacidade de melhorar a coordenação, de forma eficaz e eficiente, para o recebimento e o envio da ajuda humanitária em matéria de saúde em situações de emergência e desastres, a fim de salvar o maior número de vidas possível e proteger a saúde da população afetada,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* e apoiar sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) participem da formação de um grupo de consulta regional de caráter temporário;
 - b) participem da rede de saúde para emergências e desastres nas Américas e promovam e facilitem a incorporação das ações e dos esforços bilaterais e multilaterais de cooperação no setor da saúde presentes atualmente na Região;
 - c) considerem implementar, conforme apropriado de acordo com as regras das Nações Unidas e em coordenação com as autoridades nacionais de gestão do risco de desastres já existentes de um mecanismo flexível de registro das equipes médicas internacionais e equipes de saúde multidisciplinares qualificadas, e dos procedimentos de resposta imediata nas Américas;
 - d) facilitem e cooperem na interconexão dos sistemas logísticos relacionados com a saúde nas Américas em uma rede, a fim de agilizar a assistência humanitária no setor da saúde na Região;
 - e) impulsionem e promovam a implantação de mecanismos de coordenação com outros setores;
 - f) promovam e facilitem a capacitação de seus recursos humanos para emergências e desastres.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) apoie a coordenação e execução do plano de ação para a coordenação da assistência humanitária no âmbito internacional e preste a cooperação técnica necessária aos países;
 - b) facilite e promova a criação de um mecanismo flexível de registro de equipes médicas internacionais e equipes de saúde multidisciplinares qualificadas e dos procedimentos de resposta imediata nas Américas, em coordenação com a OMS e o OCHA, e de acordo com as diretrizes da OMS;
 - c) facilite a formação de um grupo temporário de consulta regional com especialistas dos países para revisar, harmonizar, atualizar e divulgar procedimentos e mecanismos de assistência humanitária no âmbito da saúde na Região;
 - d) exerça a secretaria do grupo de consulta regional;
 - e) promova a formação de alianças entre países, com fóruns de integração regionais, com organismos internacionais, instituições científico-técnicas, organizações não governamentais, sociedade civil organizada, setor privado e outros, a fim de

melhorar a capacidade dos Estados Membros de responder às emergências em matéria de saúde.

(Sétima reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R10: *Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro*

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora *Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro* (Documento CD53/18);

Tendo observado que a Diretora reposicionou o Fundo de Capital de Giro ao seu atual nível autorizado de US\$20,0 milhões;¹

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo sobre um aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro, em reconhecimento das exigências crescentes impostas sobre o mesmo Fundo em função da expansão das atividades do Orçamento Ordinário da Organização, bem como a necessidade de assegurar que o Programa seja realizado de maneira eficiente e ordenada,

RESOLVE:

1. Aprovar um aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20,0 milhões para \$25,0 milhões.

(Sétima reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R11: *Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana*

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora, *Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana*, (Documento CD53/19);

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo com respeito às necessidades de financiamento da modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) prevendo custos de contingência incorridos durante a implementação para satisfazer os requisitos inesperados, mas essenciais para o desenho de planejamento de recursos empresariais,

¹ Salvo indicação em contrário, os valores monetários nesta resolução são expressos em dólares dos Estados Unidos.

RESOLVE:

1. Aprovar um aumento do orçamento autorizado para a modernização do PMIS de US\$ 20,3 milhões¹ para \$22,5 milhões.
2. Autorizar à Diretora a financiar a projeção do déficit de \$2,2 milhões no orçamento autorizado para a modernização do PMIS do seguinte modo:
 - a) saldo não utilizado de projetos aprovados da Conta Especial: \$100.000,
 - b) financiamento do saldo não apropriado do excedente das IPSAS: \$2.100.000.

(Sétima reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R12: Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação* (Documento CD53/7, Rev. 1);

Reconhecendo que a prevalência e a incidência das deficiências aumentam devido, entre outras coisas, ao envelhecimento da população, ao incremento das doenças crônicas e seus fatores de risco, ao abuso de substâncias psicoativas, às lesões ocupacionais e às causadas pelo trânsito, bem como à violência e às crises humanitárias;

Reconhecendo que a deficiência é um assunto de saúde pública, uma questão de direitos humanos e uma prioridade para o desenvolvimento;

Entendendo que as pessoas com deficiência apresentam os piores resultados de saúde, se comparadas com a população sem deficiência, e que enfrentam estigma e obstáculos para ter acesso aos serviços;

Reconhecendo que a reabilitação de base comunitária e a disponibilidade de recursos humanos e materiais contribuem para uma atenção integral e de qualidade que protege os direitos humanos das pessoas com deficiência;

Entendendo que investir na habilitação e reabilitação, bem como em serviços sociais e de saúde e no fornecimento de dispositivos tecnológicos de ajuda que tenham boa relação custo-benefício, é importante para que as pessoas com deficiência levem uma vida independente e se integrem a suas famílias e a sua comunidade, e além disso, contribui para reduzir a necessidade de serviços formais de apoio e para aliviar a carga física e psicológica dos cuidadores;

¹ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias constantes desta resolução são expressas em dólares dos Estados Unidos.

Considerando que, na resolução CD47.R1 (2006) *A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionado*, insta-se os Estados Membros a formular e adotar políticas, planos e leis em matéria de saúde, habilitação e reabilitação em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis;

Considerando que, em maio de 2014, a 67ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou o plano de ação mundial da OMS sobre deficiência 2014-2021: melhor saúde para todas as pessoas com deficiência (Resolução WHA67.7), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o consenso de seus Estados Membros, elaborou o presente plano de ação, que está alinhado com o plano de ação mundial e com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

Observando que o presente plano de ação aborda os objetivos essenciais para responder às necessidades dos países, de acordo com seu contexto nacional,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação* e sua aplicação no contexto das condições específicas de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração as responsabilidades compartilhadas em Estados federados, a que:
 - a) incluam a deficiência como uma prioridade dentro das políticas nacionais de saúde a fim de assegurar a execução dos planos correspondentes que conduzam ao acesso universal e equitativo das pessoas com deficiência e de suas famílias aos serviços e programas de saúde, o que compreende a habilitação e reabilitação, o fornecimento de dispositivos tecnológicos de ajuda e outros apoios ao longo do curso de vida;
 - b) fortaleçam os marcos e regulamentações legais nos países e sua aplicação para proteger os direitos humanos das pessoas com deficiência, em conformidade com os princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência e as normas internacionais aplicáveis;
 - c) apoiem a participação da sociedade civil nas atividades para promover e proteger a saúde das pessoas com deficiência, a fim de assegurar que estas sejam consultadas através das organizações que as representam e possam participar ativamente na formulação de políticas e das leis, bem como no estabelecimento dos serviços que lhes digam respeito;
 - d) fortaleçam a estratégia de reabilitação com base na comunidade, no marco das redes integradas de serviços, ampliando as ações à prevenção de deficiências, detecção e intervenção precoce, acesso a dispositivos tecnológicos e outros apoios;

- e) continuem os esforços para fazer evoluir do modelo hospitalar de atenção à deficiência para outro de base comunitária, onde seja integrado o trabalho na atenção primária à saúde e sejam estabelecidos serviços de reabilitação ambulatorial, descentralizados e próximos à população;
- f) assegurem uma resposta apropriada dos serviços sociais e de saúde às particularidades dos grupos em condição de vulnerabilidade e com necessidades especiais em situação de deficiência;
- g) considerem o fortalecimento e a capacitação regular dos recursos humanos como um componente chave da melhoria da resposta dos serviços;
- h) melhorem o equipamento e a infra-estrutura dos serviços de atenção às pessoas com deficiência;
- i) melhorem a produção, análise e uso dos dados sobre deficiência, no marco dos sistemas nacionais de informações, e apliquem ferramentas válidas e coerentes com a Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde;
- j) apoiem a pesquisa bem como a avaliação de políticas públicas em matéria de deficiência;
- k) apliquem uma abordagem multissetorial eficaz, com mecanismos de coordenação entre os ministérios e as organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros serviços para pessoas com deficiência;
- l) atendam à saúde dos cuidadores que assistem as pessoas com deficiência, seja parentes ou profissionais, na execução de tarefas vitais;
- m) promovam o intercâmbio de experiências e boas práticas entre os países.

3. Pedir à Diretora que:

- a) fortaleça a cooperação da OPAS com os Estados Membros para promover e proteger a qualidade de vida das pessoas com deficiência e o gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental;
- b) dê apoio aos Estados Membros na elaboração, revisão e execução de planos nacionais de deficiência e reabilitação, bem como na atualização das leis;
- c) colabore nas avaliações dos programas e dos serviços de habilitação e reabilitação dos países, em particular mediante o acompanhamento dos indicadores para avaliar os avanços e o impacto das intervenções;
- d) apoie os Estados Membros para fortalecer os seus sistemas de informações sobre saúde, a fim de produzir, analisar e utilizar dados de deficiência que atendam a critérios de qualidade, oportunidade e confiabilidade;
- e) fomente as alianças com organizações internacionais e outras instâncias regionais e sub-regionais em apoio à resposta multissetorial de que se necessita no processo de execução deste plano de ação;

- f) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências e boas práticas, além de promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- g) facilite a colaboração dos Estados Membros com entidades docentes, organizações não governamentais, especialmente as organizações de pessoas com deficiências, e com aquelas que promovam a proteção e o respeito das pessoas com deficiência.

(Oitava reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R13: Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019 (Documento CD53/9, Rev. 2);

Recordando o direito das crianças de gozar do mais alto padrão atingível de saúde, como estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde e na Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança;

Ciente de que o sobrepeso e a obesidade atingiram proporções epidêmicas em crianças e adolescentes nas Américas e que o problema já suscita diversos esforços de controle pelos Estados Membros tanto no nível local como nacional;

Reconhecendo que o conhecimento científico e de saúde pública sobre os mecanismos envolvidos na atual epidemia de obesidade e a ação pública exigida para controlá-la é amplo e sólido;

Ciente de que o presente plano de ação se alinha aos mandatos internacionais estabelecidos pela Assembleia Mundial da Saúde, em particular a *Estratégia global da OMS em dieta, atividade física e saúde* (WHA57.17 [2004]) e o *Plano de implementação integral em nutrição materna, do recém-nascido e da criança* (WHA65.6 [2012]), além dos mandatos dos Órgãos Diretores da OPAS, como a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integrada na Infância* (CSP28/10 [2012]), a *Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude* (CD48.R5 [2008]), a *Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015* (CD47/18 [2006]) e a *Estratégia e o plano de ação para a prevenção e o controle das doenças não transmissíveis* (Documentos CSP28/9, Rev. 1 [2012] e CD52/7, Rev. 1 [2013]), assim como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989),

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019.

2. Instar os Estados Membros a:
 - a) priorizar e promover a causa nos níveis mais elevados para a implementação deste Plano de Ação;
 - b) promover a coordenação entre os ministérios e instituições públicas, principalmente nos setores da educação, agricultura, finanças, comércio, transporte e planejamento urbano, assim como com autoridades municipais locais, a fim de obter o consenso nacional e combinar as ações para conter a progressão da epidemia de obesidade em crianças;
 - c) apoiar e liderar esforços conjuntos entre os setores públicos e privados e organizações da sociedade civil em torno do plano de ação;
 - d) elaborar planos e programas de comunicação de massa com base em evidências para divulgar o plano de ação e instruir o público em questões como atividades físicas, alimentos, alimentação saudável e valor das tradições culinárias locais consistentes com a alimentação saudável;
 - e) instituir um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas para políticas, planos, programas, legislação e intervenções que permita determinar o impacto da implementação do plano de ação;
 - f) assegurar que sejam estabelecidos processos com diversos setores e interessados para examinar e analisar a implementação do plano com base nas capacidades, necessidades e prioridades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) preste apoio aos Estados Membros, em colaboração com outros órgãos e comissões da Organização das Nações Unidas, como a Organização para a Agricultura e a Alimentação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o Programa Mundial de Alimentos e o Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, outros parceiros e doadores, bem como os setores nacionais, para o trabalho conjunto no Plano de Ação, em particular as atividades em nível nacional e sub-regional;
 - b) promova a implantação e a coordenação do plano de ação para garantir que as atividades sejam transversais as diversas áreas programáticas da Organização e diferentes contextos regionais e sub-regionais;
 - c) promova e consolide a cooperação com os países e entre eles, com o compartilhamento de experiências e lições aprendidas;
 - d) informe periodicamente aos Órgãos Diretores o progresso e as restrições à implementação do plano de ação, assim como sobre seu ajuste a novos contextos e necessidades.

(Oitava reunião, 2 de outubro de 2014)

CD53.R14: *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* apresentada pela Diretora (Documento CD53/5, Rev. 2);

Levando em conta que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece como um dos seus princípios básicos que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, credo, ideologia política ou condição econômica ou social”;

Consciente de que o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde implicam que todas as pessoas e as comunidades tenham acesso, sem discriminação alguma, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, determinados no âmbito nacional, de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, ao mesmo tempo garantindo que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os grupos em situação de vulnerabilidade;

Reconhecendo que as políticas e intervenções que abordam os determinantes sociais da saúde e fomentam o compromisso da sociedade como um todo para promover a saúde e o bem-estar, com ênfase nos grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade são um requisito essencial para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde se enquadram nos valores e princípios da atenção primária à saúde no espírito de Alma-Ata;

Observando que os países da Região reafirmaram o seu compromisso com a Cobertura Universal de Saúde no 52º Conselho Diretor da OPAS (2013), ao aprovar o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e ao participar ativamente em outros fóruns internacionais, como a Declaração Política do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2011), a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, (Rio+20 de 2012), a Resolução A/RES/67/81 da Assembleia Geral das Nações Unidas (2012), a Declaração do Panamá para reduzir as iniquidades em saúde reprodutiva, materna e infantil (2013) e a Resolução WHA67.14 da Assembleia Mundial da Saúde (2014) sobre *A saúde na agenda para o desenvolvimento depois de 2015*; e notando que atualmente o debate está voltado para assegurar vidas mais saudáveis e a promoção do bem-estar como objetivos fundamentais;

Observando as melhoras recentes conquistadas no âmbito da saúde em toda a Região das Américas, em parte devido ao desenvolvimento econômico e social dos países, à consolidação dos processos democráticos, ao fortalecimento de sistemas de saúde e ao compromisso político dos países de abordar as necessidades de saúde de suas populações;

Reconhecendo que, apesar dos avanços obtidos, grandes desafios perduram; que a Região continua a ser uma das regiões do mundo com maior iniquidade; que o processo para reduzir a iniquidade em saúde torna-se mais complexo com os novos padrões epidemiológicos e demográficos, que requerem respostas diferentes e inovadoras dos sistemas e serviços de saúde; e que os problemas da exclusão e falta de acesso aos serviços de qualidade persistem para grande parte da população na Região, principalmente para os grupos mais vulneráveis;

Observando que os esforços para fortalecer e transformar os sistemas de saúde nos países da Região têm gerado considerável conhecimento e experiência que facilitarão o contínuo progresso rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde são necessários esforços para superar a exclusão, a iniquidade e as barreiras ao acesso e ao uso oportuno de serviços de saúde integrais;

Reconhecendo a importância de priorizar o fortalecimento dos sistemas de saúde—e a adoção de políticas integradas e integrais a fim de abordar os determinantes sociais e as iniquidades em saúde, tendo como objetivos fundamentais o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde;

Considerando o nível de urgência para a maioria dos países em fortalecer seus sistemas de saúde inclusive a partir da perspectiva do direito à saúde onde seja nacionalmente reconhecido, promovendo o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa obter, tendo como objetivos fundamentais o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde; considerando a necessidade de se implantar ações estratégicas integrais de maneira progressiva e sustentável; e considerando ainda que, na medida em que os processos democráticos são consolidados na Região, o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde se transformarão em uma demanda social crescente e estruturada;

Observando que a Estratégia articula as condições que permitirão que os países enfoquem e avaliem suas políticas e o progresso rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que cada país tem a capacidade de definir seu plano de ação, levando em conta seu contexto social, econômico, político, legal, histórico e cultural, bem como os desafios atuais e futuros em matéria de saúde;

Reconhecendo o processo participativo implantado para o desenvolvimento da Estratégia, abrangendo as consultas realizadas pelos Estados Membros em coordenação com a Repartição Sanitária Pan-Americana, o que possibilitou um debate de qualidade,

com diferentes perspectivas de análise, assim como as contribuições feitas pelo Grupo de Trabalho dos Estados Membros;¹

RESOLVE:

1. Aprovar a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde*.
2. Instar os Estados Membros, de maneira apropriada ao seu contexto, assim como às suas prioridades nacionais, a:
 - a) estabelecer mecanismos formais de participação e diálogo para promover o desenvolvimento e a implantação de políticas inclusivas e garantir a prestação de contas no avanço rumo aos objetivos do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde;
 - b) estabelecer objetivos e metas nacionais, bem como definir seus planos de ação para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde; e estabelecer as prioridades nacionais para o período 2014-2019, de acordo com os compromissos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e no Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS (2014-2019);
 - c) definir e implantar um conjunto de ações para fortalecer a governança e o papel condutor do setor da saúde; e exercer liderança para repercutir nas políticas, planos, legislação, regulamentações e ações de outros setores em que os determinantes sociais da saúde sejam abordados;
 - d) avançar na provisão do acesso universal a serviços de saúde integrais, de qualidade e de ampliação progressiva, que sejam compatíveis com as necessidades de saúde, as capacidades do sistema e o contexto nacional; e identificar as necessidades diferenciadas e não atendidas da população, bem como as necessidades específicas dos grupos em condições de vulnerabilidade;
 - e) definir e executar ações para melhorar a organização e a gestão dos serviços de saúde por meio do desenvolvimento de modelos de atenção que se concentrem nas necessidades das pessoas e comunidades, aumentando a capacidade resolutiva da atenção básica (primeiro nível de atenção) através de redes integradas de serviços de saúde;
 - f) melhorar a capacidade de recursos humanos na atenção básica, aumentando as oportunidades de emprego com incentivos e condições de trabalho atraentes, sobretudo nas áreas onde o atendimento é precário; consolidar as equipes multidisciplinares e colaborativas de saúde; garantir o acesso dessas equipes às informações de saúde e a serviços de telessaúde (inclusive de telemedicina); introduzir novos perfis profissionais e técnicos e fortalecer os existentes, em função

¹ O Grupo de Trabalho dos Estados Membros foi instituído por decisão do Comitê Executivo em sua 154ª sessão, de 16 a 20 de junho de 2014, e contou com a participação de representantes técnicos dos países que fazem parte do Comitê Executivo em 2014 e dos países que participaram como observadores nessa sessão.

do modelo de atendimento que será implementado para a consecução do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde;

- g) aumentar a eficiência e o financiamento público da saúde conforme apropriado, levando em conta que, na maioria dos casos, um nível de gastos públicos de 6% do PIB é uma referência útil e que esses recursos devem ser dirigidos, conforme apropriado, prioritariamente para a atenção básica, visando expandir a oferta de serviços de qualidade e abordar rapidamente as necessidades de saúde não atendidas;
- h) avançar rumo à eliminação do pagamento direto, entendido como o custo com que arcam os indivíduos para cobrir as taxas dos serviços de saúde, que atua como barreira ao acesso no momento da prestação de serviços, evitando o empobrecimento e a exposição a gastos catastróficos; a substituição desse pagamento direto como mecanismo de financiamento deve ser planejada e realizada progressivamente, substituindo-o por mecanismos de agrupamento (*pooling*) solidários que considerem, de acordo com o contexto nacional, fontes de financiamento diversas como contribuições à seguridade social, impostos e receitas de natureza tributária a fim de aumentar a proteção financeira, a equidade e a eficiência do sistema de saúde;
- i) identificar e implantar um conjunto de ações para melhorar a eficiência do financiamento e a organização dos sistemas de saúde;
- j) implantar planos, programas e projetos para facilitar o empoderamento das pessoas e das comunidades, mediante a capacitação e a participação ativa e o acesso à informação dos membros da comunidade, a fim de que conheçam seus direitos e responsabilidades e possam assumir um papel ativo na formulação de políticas, nas ações para identificar e abordar as iniquidades em saúde e os determinantes sociais da saúde, e na promoção e proteção da saúde.

3. Solicitar que a Diretora:

- a) use a estratégia para facilitar a liderança das autoridades sanitárias, a fim de promover a mobilização dos recursos nacionais visando apoiar a transformação ou fortalecimento dos sistemas de saúde rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;
- b) priorize a cooperação técnica que apoie os países no desenvolvimento de processos participativos visando definir objetivos e metas nacionais, bem como planos de ação para avançar rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde;
- c) meça o progresso rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde usando os indicadores estabelecidos no Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019, e informe sobre os avanços através de relatórios bienais de avaliação sobre a implantação do Plano Estratégico;
- d) desenvolva ações e ferramentas para apoiar a implantação da Estratégia;

- e) promova a inovação na cooperação técnica para a transformação ou fortalecimento de sistemas de saúde rumo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, atualizando os mecanismos da Repartição para apoiar a cooperação entre os países através da criação de redes de especialistas e de gestão do conhecimento, facilitando a documentação e a comunicação das experiências dos países e usando as plataformas tecnológicas de maneira coerente com as necessidades e capacidades atuais dos países, bem como com as lições aprendidas;
- f) fortaleça os mecanismos de coordenação e colaboração interinstitucionais para conseguir sinergias e eficiência na cooperação técnica, inclusive no sistema das Nações Unidas, no sistema interamericano e junto a outros interessados que trabalhem para a cobertura universal de saúde, em particular com os mecanismos sub-regionais de integração e as instituições financeiras internacionais pertinentes.

(Oitava reunião, 2 de outubro de 2014)

Decisões

Decisão CD53(D1): Designação da Comissão de Credenciais

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Argentina, Santa Lúcia e Sint Maarten membros da Comissão de Credenciais.

(Primeira reunião, 29 de setembro de 2014)

Decisão CD53(D2): Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu a República Dominicana Presidente, Barbados e Costa Rica Vice-presidentes e o Uruguai Relator do 53º Conselho Diretor.

(Primeira reunião, 29 de setembro de 2014)

Decisão CD53(D3): Formação da Comissão Geral

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Cuba, Panamá e os Estados Unidos da América membros da Comissão Geral.

(Primeira reunião, 29 de setembro de 2014)

Decisão CD53(D4): Adoção da Agenda

Em conformidade com o Artigo 10 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho aprovou a agenda apresentada pela Diretora (Documento CD53/1).

(Primeira reunião, 29 de setembro de 2014)

Decisão CD53(D5): Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS ao término do mandato do Peru

O Conselho Diretor selecionou o Suriname como o Estado Membro da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/BANCO Mundial/OMS por um período de quatro anos a começar no dia 1º de janeiro de 2015.

(Quinta reunião, 1º de outubro de 2014)

Decisão CD53(D6): Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde

O Conselho Diretor, havendo considerado a estratégia proposta sobre a legislação relacionada com a saúde (Documento CD53/13) decidiu: a) reconhecer a importância atribuída à estratégia proposta e o apoio a ela manifestado pela maioria dos Estados Membros; b) estabelecer um grupo de trabalho aberto a todos os Estados Membros, com o Uruguai como Presidente e El Salvador como Vice-presidente; e c) definir um cronograma de reuniões, com duas reuniões virtuais, a serem realizadas em novembro e dezembro de 2014, e uma reunião presencial com duração de dois dias, a ser realizada em março de 2015, antes da Nona Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. O Conselho concordou que a ação a ser tomada seria decidida com base no resultado da reunião de março de 2015, e o presidente do grupo de trabalho então submeteria o assunto à apreciação da 156ª Sessão do Comitê Executivo e do 54º Conselho Diretor.

(Oitava reunião, 2 de outubro de 2014)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Primeiro Vice-presidente do 53º Conselho Diretor, Delegado de Barbados, e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, firmam o presente Relatório Final no idioma inglês.

FEITO em Washington, D.C., neste terceiro dia de outubro, no ano de dois mil e quatorze. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana. O Relatório Final será publicado sobre na página da Organização Pan-Americana da Saúde na Internet tão logo seja aprovado pelo Primeiro Vice-presidente.

John David Edward Boyce
Primeiro Vice-presidente do
53º Conselho Diretor
Delegado de Barbados

Carissa Etienne
Secretária *ex officio* do
53º 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 da Mesa Diretora
- 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 do Brasil, Chile e El Salvador

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Relatório Final do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e Avaliação de Fim de Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013
 - 4.2 Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Modificado)
 - 4.3 Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde
 - 4.4 Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro
 - 4.5 Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação
-

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

- 4.6 Plano de Ação sobre Saúde Mental
- 4.7 Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes
- 4.8 Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas
- 4.9 Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais
- 4.10 Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária
- 4.11 Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde
- 4.12 Avanços da Posição Regional sobre o RSI
- 4.13 Envolvimento da OMS com Agentes Não Estatais (Consulta Regional)
- 4.14 Agenda para o Desenvolvimento Sustentável depois de 2015 (Mesa Redonda)
- 4.15 Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas:
Desafios e Oportunidades

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 2013
- 5.3 Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
- 5.4 Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana

6. ELEIÇÃO DOS ESTADOS MEMBROS PARA COMISSÕES E COMITÊS

- 6.1 Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
- 6.2 Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

7. PRÊMIOS

- 7.1 Prêmio OPAS em Administração (2014)

8. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO

- 8.1 Atualização sobre a Reforma da OMS
- 8.2 Anteprojeto do Orçamento por Programas da OMS 2016-2017
- 8.3 Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias da OMS
- 8.4 Relatório da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Progressos Alcançados na Prevenção e no Controle de Doenças não Transmissíveis
- 8.5 Sistematização dos Mandatos da OPAS
- 8.6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
- A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática
 - B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas
 - C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave
 - D. Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
 - E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza
 - F. Plano de Ação para Hospitais Seguros
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- 8.7 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 67^a Assembléia Mundial da Saúde
 - B. Quadragésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - C. Organizações Sub-regionais

9. OUTROS ASSUNTOS

10. CLAUSURA DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

- OD345* e Add. I Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Modificado)
- OD347* Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013
- OD348* Relatório Final do Plano Estratégico da OPAS 2008–2013 e Avaliação de Fim de Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013

Documentos de Trabalho

- CD53/1 Agenda
- CD53/WP, Rev. 1 Programa de Reuniões
- CD53/2 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
- CD53/3, Rev. 1 Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
- CD53/4 Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao Expirar o Mandato do Brasil, Chile e El Salvador
- CD53/5, Rev. 2 Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde
- CD53/6 Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro
- CD53/7, Rev. 1 Plano de Ação sobre Deficiências e Reabilitação
- CD53/8, Rev. 1 Plano de Ação sobre Saúde Mental
- CD53/9, Rev. 2 Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes
- CD53/10, Rev. 1 Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas
- CD53/11 Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais
-

Documentos de Trabalho (*cont.*)

CD53/12	Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária
CD53/13	Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde
CD53/14	Avanços da Posição Regional sobre o RSI
CD53/15	Envolvimento da OMS com Agentes Não Estatais (Consulta Regional)
CD53/16, e Add I e II	Agenda para o Desenvolvimento Sustentável depois de 2015 (Mesa Redonda)
CD53/23	Fundo Rotativa OPAS para a Compra de Vacinas: Desafios e Oportunidades
CD53/17 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas
CD53/18	Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
CD53/19	Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD53/20	Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Capacitação em Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS
CD53/21	Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CD53/22	Prêmio OPAS em Administração (2014)

Documentos de Informação

CD53/INF/1	Atualização sobre a Reforma da OMS
CD53/INF/2	Anteprojeto do Orçamento por Programas da OMS 2016-2017
CD53/INF/3	Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias da OMS

Documentos de Informação (*cont.*)

- CD53/INF/4, Rev. 1 Relatório da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Progressos Alcançados na Prevenção e no Controle de Doenças não Transmissíveis
- CD53/INF/5 Sistematização dos Mandatos da OPAS
- CD53/INF/6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (*cont.*):
- A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática
 - B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas
 - C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave
 - D. Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
 - E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza
 - F. Plano de Ação para Hospitais Seguros
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- CD53/INF/7 Resoluções e Outras Ações das Organizações Inter-governamentais de Interesse para a OPAS:
- A. 67.^a Asamblea Mundial de la Salud
 - B. Quadragésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - C. Organizaciones subregionales

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo (Dominican Republic)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. John David Edward Boyce (Barbados)
Vice-President / Vicepresidente:	Dra. María Elena López (Costa Rica)
Rapporteur / Relator:	Dra. Susana Muñiz (Uruguay)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Molwyn Morgorson Joseph
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
St. John's

Delegate – Delegado

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical 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

ARGENTINA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Pedro Kremer
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre
Asesor del Ministerio de Salud de la Nación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Srta. Andrea Candelaria de la Puente
Asistente Privada
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Mariel Rios Ancalle
Analista de la Dirección de
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Carlos López Sanabria
Segundo Secretario, Representante Alterno
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Glen Beneby
Medical Advisor
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Marceline Dahl-Regis
Former 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. Kenneth S. George
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

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

Dr. Peter Allen
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Belmopan City

Ms. Ardelle Sabido
Minister-Counsellor
Permanent Mission of Belize to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

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

Ms. Lauren Quiros
Second Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sr. Jaime Mauricio Quiroga Carvajal
Primer Secretario, Representante
Alterno 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

Alternates – Alternos

Sra. Lumela Almeida Castro Furtado
Assessora Especial do Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Chefe, Adjunta de Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Maria do Socorro de Souza
Presidente do Conselho Nacional de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

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

Sra. Luís Paulo Mendes Dias
Analista Técnico de Políticas Sociais
Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do Conselho Nacional de
Secretários Municipais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Ms. Natalie St. Lawrence
Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Kimberly Elmslie
Assistant Deputy Minister
Health Promotion and Chronic Disease
Prevention Branch
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Mr. Rodney Ghali
Acting Director General
Chronic Disease Prevention
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Dr. Rachel Rodin
Scientific Director and Senior
Medical Advisor
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Mr. Chad Hartnell
Acting Senior Director
Partnerships and Strategic Division
Centre for Chronic Disease Prevention
Public Health Agency of Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

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

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer
Permanent Mission 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

Dra. Jeannette Vega
Directora del Fondo Nacional de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Juan Pablo Lira Bianchi
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Angélica Verdugo
Subsecretaria de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
Santiago

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dra. Matilde Maddaleno
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Aníbal Hurtado
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud
Santiago

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

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Marta Lucía Ospina
Directora de Epidemiología y Demografía
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

Sr. Jaime Matute
Coordinador Grupo Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Elena López
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Dr. Fernando Llorca Castro
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
San José

Dr. Norbel Roman Garita
Presidente de la Asociación Alzheimer y
Otras Demencias afines de Costa Rica
Ministerio de Salud
San José

Alternate – Alternos

Sr. Joshua Céspedes Víquez
Consejero, Representante Alternos 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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Lorenzo Wilfredo Hidalgo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pedro Verges
Embajador, Representante Permanente
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Rafael Montero
Director de Desarrollo Estratégico e
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. Erika Alvarez Rodríguez
Consejera, Representante Alternas
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Clara Santana
Primera Secretaria, Representante Alternas
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. Marco Vinicio Albuja Martinez
Embajador, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia 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
Coordinadora de Cooperación Multilateral
Dirección de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sr. Miguel Loayza
Segundo Secretario, Representante Alterno
del Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegate – Delegado

Srta. Wendy Jeannette Acevedo
Consejera, Representante Alternata 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

GUATEMALA

Excmo. Sr. Jose María Argueta
Embajador, Representante Permanente
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

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

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Bheri Ramsaran
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAÏTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche
Directeur général
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince, Haïti

Delegates – Delegados

H.E. Bocchit Edmond
Ambassador, Permanent Representative of
Haiti to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Leon Charles
Minister Counselor, Alternate
Representative of Haiti to the Organization
of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Pierre Michel Bonnet
Counselor, Alternate Representative of Haiti
to the Organization of American States
Washington, D.C.

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolani Batres
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

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

Dra. Gladys Hermelinda Paz Díaz
Directora General de Vigilancia del
Marco Normativo
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate – Alterno

Sr. Luis Cordero
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Kevin Harvey
Acting Permanent Secretary
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. Marion Bullock DuCasse
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates – Alternos

Ms. Ava-Gay Timberlake
Director, International Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston

Dr. Everton W. Anderson
Chief Executive Officer
Ministry of Health
Kingston

Mr. Kirk Bolton
President
Jamaica Association of Professionals in
Nutrition and Dietetics
Kingston

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Mercedes Juan López
Secretaría de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

Alternates – Alternos

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Carlos Sandoval
Director General de Comunicación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtro. Juan Carlos Valle Pereña
Director Ejecutivo de la Agencia Mexicana
de Cooperación Internacional para el
Desarrollo
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora General de Relaciones
Internacionales y Encargada de la Unidad
de Vinculación y Participación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Huitzilihuitl Heberto Herrada Pineda
Director General Adjunto de Desarrollo
Social-Humano y Sustentable
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Helena Arrington Aviña
Directora General Adjunta de Discurso y
Asuntos Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtra. Cristina Margarita Narváez Medécigo
Asesora de la Subsecretaría de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Miguel Ángel Lezana
Director General de Difusión e Investigación
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. Anakaren Lombera Rico
Subdirectora de Proyectos Especiales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Alejandra Sales Frettlöhr
Jefa de Departamento de Desarrollo Social
Secretaría de Relaciones Exteriores
México, D.F.

Dr. Luis Carlos Herrera-Moro
Oficina de la Secretaría de Salud
México, D.F.

My. Eric Omar Salinas Flores
Oficina de la Secretaría de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Efrén Herrera Salas
Secretario Auxiliar
Dirección General de Comunicación Social
México, D.F.

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

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

Lic. Héctor Arturo Barrio González
Ministro, Representante Alternativo de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Lic. Daniel Cámara Ávalos
Tercer Secretario, Representante Alternativo
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Enrique Beteta Acevedo
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua, Nicaragua

Delegate – Delegado

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

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Vega
Secretario General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegate – Delegado

Lic. Natasha Dormoi
Directora de Asuntos Internacionales y
Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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. Rocío Soledad Florentín Gómez
Ministra-Secretaria Ejecutiva de la Secretaría
Nacional por los Derechos Humanos de las
Personas con Discapacidad
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Excma. Sra. Elisa Ruíz Díaz Bareiro
Embajadora, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Wesley Eugene Schmidt
Director General de Atención Primaria de
la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sra. Bioq. Patricia Giménez León
Directora general de Planificación y
Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

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

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Oscar Augusto Luiz Divaldo Baez
Primer Secretario
Misión Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luís Carlos Garcia Escobar
Segundo Secretario
Misión Permanente del Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Viceministro de Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

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

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

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds
Minister of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Merlene Fredericks
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

**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

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Sachi Antrieka Soekhoe-Ramlal
First Secretary, Alternate Representative
of Suriname to the Organization of
American States
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Fuad Khan
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO (cont.)**

Delegates – Delegados

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

Ms. Lydia Jacobs
Deputy Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

Mr. Lawrence Jaisingh
Director
Health Policy, Research and Planning
Ministry of Health
Port-of-Spain

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

Mr. Oscar Ocho
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Dr. Clive Tilluckdharry
Principal Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Dr. Sandra Reid
Ministry of Health
Port-of-Spain

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Sylvia Mathews Burwell
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Ms. Ann Blackwood
Senior Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Colin McIff
Health Attaché
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
United States Mission
Geneva

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

Alternates – Alternos *(cont.)*

Ms. Cristina Rabadan-Diehl
Director
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Mr. Mitch Wolfe
Deputy Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Julianna Bentes
Attorney-Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

Mr. Charles Darr, Lieutenant
United States Public Health Service
International Health Analyst
Office of Global Affairs
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.

Ms. Estefania Konarek
Junior Management Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Maya Levine
International Health Analyst
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

Alternates – Alternos *(cont.)*

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

Mr. Stephen O'Dowd
Office Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
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. Andrea Strano
International Relations Officer
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Amanda Wall
Attorney-Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Representante Alterna de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Sr. Cristian Romo
Personal de apoyo
Misión Permanente 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

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Hugo Cayrús
Embajador Designado, Representante
Permanente del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

Sr. José Luis Varela
Director de Comunicaciones
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Sra. Paula Rolando
Consejera, Representante Alterna 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.

Delegate – Delegado

M. Pierre Pedico
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders
Counselor for Health, Welfare and Sports
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson
Head of International Branch
Public Health Directorate
Department of Health
London

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Delegates – Delegados

Hon. Porsha Stubbs-Smith
Minister of Health and Human Services
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Mrs. Desiree Lewis
Permanent Secretary
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Alternates – Alternos

Ms. Jackurlyn Sutton
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Ms. Marcia Hall
Administrative Officer
Ministry of Health and Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Carlos Alex Schwengle
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Oranjestad, Aruba

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Anko Rudolf Orlo Ringeling
National Health Insurance Aruba
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS (cont.)

ARUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Rendolf Lee
Minister Plenipotentiary for Aruba
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
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

Mr. Stanley R. Martina
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Ms. Beulah Mercera
MSc in Health Science
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Alternates – Alternos

Mrs. Vanessa Eliza
Latin Legum Magister
Ministry of Health, Environment and Nature
Punda

Mr. Xavier Prens
Minister Plenipotentiary for Curaçao
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, DC

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mrs. Virginia Sheila Asin Oostburg
Head of the Collective Prevention Services
Ministry of Social Development, Health
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.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES (cont.)

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. D. David Ndogmo Merino
Becario
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

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

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

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2014/
Premio OPS en Administración 2014**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
México

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health, 2014/Premio
Abraham Horwitz al Liderazgo en la Salud
Interamericana, 2014**

Dr. Javier Torres-Goitia
Bolivia

**Manuel Velasco Suárez Award for
Excellence in Bioethics/
Premio Manuel Velasco Suárez a la
excelencia en la bioética**

Dr. Ignacio Mastroleo
Argentina

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

Dr. Virginia Micaela de la Puente León
Perú

**Clarence H. Moore Award Excellence for
Voluntary Service/
Premio Clarence H. Moore a la excelencia
en el servicio voluntario**

Sister Lorraine Lauter "Water with Blessings"
United States of America

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

Dr. Javier Torres-Goitia
Bolivia

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS (cont.)**

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

Dr. Manuel Rodríguez Pérez
México

**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
Sr. Rex García

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

Dr. Edward Greene

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

Mr. Luis Longoria Gandara

**United Nations Population Fund/Fondo de
Población de las Naciones Unidas**

Ms. Virginia Camacho

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

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

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

Sr. Ferdinando Regalia

GAVI Alliance/Alianza GAVI

Sr. Homero Hernández

**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**

Dr. Carmen Barroso

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dr. Ricardo Cañizares

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

Sr. Alfredo Valerio

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)**

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

Mr. José Miguel Insulza
Ambassador Paul Simons
Mrs. Angela Crowdy

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

**American College of Healthcare Executives/
Colegio Americano de Ejecutivos del
Cuidado de la Salud**

Ms. Cynthia Hahn

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Dr. Lemmietta McNelly
Mrs. Lily Schuermann
Dr. Neil DiSarno
Dr. Arlene Pietranton

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Mrs. Vina HuLamm
Dr. Regina Davis Moss

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

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

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

Dr. Diego Delgado

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

Dr. Rodney López
Dr. Alberto Bravo Borda
Dr. Rubén Abete

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

Dr. Norberto Larroca
Dr. Oscar Armando Miguel

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

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/Federación Panamericana de
Profesionales de Enfermería**

Sra. Amada Izquierdo Hernández

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Ms. Ana Carvalho

**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. Marc Wortmann
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos
Dr. Mariella Guerra

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

Mr. Laurent Huber

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

Ms. Piga Fernández Kaempffer
Ms. Eva María Ruiz de Castilla Yabar

**International Life Sciences Institute/Instituto
Internacional de Ciencias de la Vida**

Dr. Ted Prusik
Dr. Suzanne Harris
Mr. Shawn Sullivan
Ms. Shivani Jha

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

Ms. Maria José Cisneros
Mr. Pedro Correia de Miranda
Mr. Sergio Alejandro Menchaca Dávila
Dr. Arturo García

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

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia

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

Mr. Terry Eil
Mr. Jonathan Robert Mazal

**Medicus Mundi International/
Medicus Mundi Internacional**

Ms. Meike Schleiff
Ms. Abigail Speller
Mr. George Pauk
Dr. Hani Serag
Ms. Susana Barria
Ms. Mariana Martins
Dr. Alberto Martínez Polis

**Médecins Sans Frontières/
Médicos sin fronteras**

Ms. Judit Rius

Union for International Cancer Control

Ms. Ariella Rojhani

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

Dr. Edwin Jiménez
Mr. Bob Chapman

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

Mrs. Rita Eyer

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Mrs. Wilma Pastrana
First Lady of Puerto Rico

General Rear Admiral Boris D. Lushniak
Acting US Surgeon

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

Dr. Asamoah-Baah
Deputy Director-General

Ms. Taina Tea Irmeli Nakari
External Relations Officer
Policy and Strategic Directions

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt
Senior Adviser

Mrs. Bersabel Ephrem
Senior Advisor
Office of the Assistant Director-General

Policy and Strategic Directions

**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

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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
