



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



146^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21–25 de junho de 2010

CE146/FR (Port.)
25 de julho de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

Página

Abertura da sessão	6
---------------------------------	----------

Assuntos procedimentais

Mesa diretora	7
Aprovação da agenda e programa de reuniões	7
Representação do Comitê Executivo no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Agenda provisória do 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	8

Assuntos do comitê

Relatório sobre a Quarta Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração	9
Prêmio OPAS em Administração 2010	9
Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS	10
Relatório anual do Escritório de Ética 2009–2010	11
Nomeação de três membros ao Comitê de Auditoria da OPAS	13

Assuntos relativos à política de programas

Avaliação de fim do biênio do Orçamento e Programas 2008–2009 /Relatório de Progresso Provisório do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012	14
Modernização do sistema de informação para a gestão da RSPA	18
Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas	23
Instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica.....	26
Estratégia para redução de abuso de substâncias.....	28
Estratégia e Plano de ação para prevenção, controle e atenção da doença de Chagas .	30
Estratégia e Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita	32
Desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde em sistemas de saúde baseados na atenção primária.....	34
Saúde, segurança humana e bem-estar.....	36
Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica	38
Fortalecimento de programas de vacinação.....	41
Plano de ação para hospitais seguros	42
Saúde e direitos humanos.....	44
Análise dos Centros Pan-Americanos.....	46

ÍNDICE (cont.)*Página***Assuntos administrativos e financeiros**

Relatório sobre a arrecadação de cotas	48
Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2008–2009	49
Processo para a designação do Auditor Externo para 2012–2013 e 2014–2015	53
Plano Diretor para Investimentos de Capital	54
Estado dos projetos financiados com a conta holding da OPAS	55
Análise da taxa cobrada nas compras de provisões da saúde pública para os Estado Membros	57

Assuntos de pessoal

Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA	61
Reforma contratual na OPAS.....	62
Declaração do representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS	63

Assuntos para informação

Orçamento-Programa da OMS de 2008–2009: Relatório de avaliação de desempenho (relatório resumido).....	64
Modelo de gestão baseada em resultados da OPAS	66
Sistema da OPAS de Integridade e Gestão de Conflitos	68
Preparativos para a mesa redonda sobre urbanismo e vida saudável.....	70
30º. Aniversário da Erradicação da Varíola e Estabelecimento do Fundo Rotatório da OPAS para a Compra de Vacinas	70
Relatório de progresso sobre assuntos técnicos	71
A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)	71
B. Atualização sobre a pandemia (H1N1) 2009	72
C. Plano de ação para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde	74
D. Iniciativa sobre os dados básicos de saúde e perfis dos países	74
E. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS: oportunidades e desafios para sua execução na Região das Américas.....	76
F. Execução da Estratégia e Plano de ação para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo alimentação, atividade física e saúde	77
G. Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita.....	79
Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse da OPAS: 63ª Assembléia Mundial da Saúde	80
Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros: situação da implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)	81

ÍNDICE (*cont.*)

	<i>Página</i>
Outros assuntos	82
Encerramento da sessão	82
Resoluções e decisões	83
 <i>Resoluções</i>	
CE146.R1 Arrecadação de cotas de contribuição.....	83
CE146.R2 Fundo Mestre de Investimentos de Capital.....	84
CE146.R3 Encargo estimado na compra de provisões de saúde pública para os Estados Membros	85
CE146.R4 Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS.....	86
CE146.R5 Nomeação de três membros para integrar o Comitê de Auditoria da OPAS	87
CE146.R6 Plano de ação para hospitais seguros.....	88
CE146.R7 Fortalecimento de programas de vacinação.....	90
CE146.R8 Desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde	92
CE146.R9 Centros Pan-Americanos	94
CE146.R10 Agenda provisória do 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	96
CE146.R11 Prêmio OPAS em Administração 2010	97
CE146.R12 Estratégia e plano de ação para redução da desnutrição crônica ...	101
CE146.R13 Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA	104

ÍNDICE (*cont.*)

Página

Resoluções (cont.)

CE146.R14	Estratégia e Plano de ação para prevenção, controle e atenção da doença de Chagas	114
CE146.R15	Estratégia e Plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita	116
CE146.R16	Saúde e direitos humanos.....	120
CE146.R17	Instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica	123
CE146.R18	Saúde, segurança humana e bem-estar.....	125

Decisões

CE146(D1)	Aprovação da agenda	127
CE146(D2)	Representação do Comitê Executivo no 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	127

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. A 146ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 21 a 25 de junho de 2010.
2. Compareceram à sessão delegados dos seguintes oito membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Argentina, Bolívia, Colômbia, Guatemala, Haiti, México, São Vicente e Granadinas, Suriname e Venezuela. Os representantes dos seguintes outros Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores compareceram na qualidade de observadores: Brasil, Canadá, Costa Rica, Países Baixos, Espanha e Estados Unidos. Além disso, duas organizações intergovernamentais, um organismo das Nações Unidas e duas organizações não governamentais foram representadas.
3. O dr. Fernando Meneses González (México, Presidente do Comitê Executivo), abriu formalmente a sessão. O dr. José Ángel Córdova Villalobos, Secretário da Saúde do México, deu as boas-vindas aos membros, observadores e pessoal da OPAS e observou que vários recentes eventos desafortunados haviam tido um grande impacto para a saúde e a vida de diversas pessoas na Região: os terremotos no Haiti e no Chile e, mais recentemente, a enchente na Guatemala. Em todos os casos, a OPAS e os países da Região haviam atuado em solidariedade com as populações afetadas, esforçando-se por aliviar o impacto dos desastres e reduzir os riscos associados para saúde. Estes eventos haviam destacado a necessidade de continuar a trabalhar para fortalecer a capacidade de resposta tanto no âmbito nacional como no regional. Ele estava seguro de que o trabalho a ser realizado pelo Comitê durante a sua 146ª sessão ajudaria nesse sentido. Ele reafirmou a disposição de seu governo de continuar a cooperar com a OPAS e com outros Estados Membros em uma série de questões de saúde, em particular através do Sistema Mesoamericano de Saúde Pública, uma iniciativa público-privada em que a OPAS desempenhava um papel importante.
4. O Comitê tinha diante de si uma agenda bem cheia com itens técnicos e administrativos, e os seus membros tinham um papel-chave a desempenhar ao dar orientação sobre o caminho que a Organização deveria tomar para vencer os desafios de saúde enfrentados pela Região. Ele estava seguro de que as deliberações do Comitê proporcionariam uma oportunidade valiosa para a troca de opiniões e experiências e para fortalecer a Organização como um todo.
5. A dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]) também deu as boas-vindas aos participantes, expressando satisfação com a presença de

diversos ministros da Saúde, que indicava o compromisso deles com a Organização. Ela recebeu com satisfação a orientação que eles dariam sobre os diversos itens da agenda do Comitê e aguardava ansiosamente por uma semana de discussões muito proveitosas.

Assuntos procedimentais

Mesa diretora

6. Os seguintes Membros eleitos para desempenhar funções na 145ª Sessão do Comitê continuaram ocupando seus respectivos cargos na 146ª Sessão:

Presidente: México (Dr. Fernando Meneses González)

Vice-presidente: Haiti (Dr. Alex Larsen)

Relator: Suriname (Dr. Celsius Waterberg)

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

Aprovação da agenda e programa de reuniões (documentos CE146/1, rev. 2 e rev. 3, e CE146/WP/1, rev. 1)

8. O Secretário Técnico apresentou a agenda provisória incluída no Documento CE146/1, rev. 2, e propôs que o item 7.6.8 (relatório de progresso sobre avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde na Região das Américas) deveria ser retirado da agenda e sua consideração prorrogada até 2011, momento em que estariam disponíveis os resultados das discussões a serem realizadas sobre o tópico na Sexagésima Quinta Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas.

9. O Comitê aprovou a agenda provisória, como emendada (Documento CE146/1, rev. 3) e também aprovou um programa de reuniões (CE146/WP/1, rev. 1) (Decisão CE146[D1]).

Representação do Comitê Executivo no 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE146/2)

10. De acordo com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo nomeou os delegados do México e do Suriname para representar o Comitê no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Decisão CE146[D2]).

Agenda provisória do 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE146/3, rev. 1 e rev. 2)

11. A sra. Piedad Huerta (Assessora, Escritório dos Órgãos Diretivos, RSPA) apresentou a agenda provisória do 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, como incluído no Anexo A do Documento CE146/3, rev. 2. Ela assinalou que o item 2.3, Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS, poderia ser eliminado dado que nenhum Estado Membro estava atualmente sujeito às disposições do Artigo 6. Ela observou que os assuntos relativos à política de programas eram quase idênticos aos que haviam sido examinados durante a presente sessão do Comitê Executivo, com o acréscimo da mesa redonda sobre urbanismo e condições de vida saudáveis. Os assuntos para informação também eram praticamente os mesmos.

12. Na discussão que se seguiu, um delegado comentou que a agenda era muito ambiciosa, mas ele expressou confiança na capacidade da Repartição de cumpri-la. Ao mesmo tempo, ele questionou se havia qualquer estipulação constitucional ou de outro tipo determinando que o Conselho Diretor tinha de se reunir durante uma semana inteira. Observando que a Assembleia Mundial da Saúde estava tentando reduzir a duração das suas sessões, ele sugeriu que a Repartição poderia em algum momento considerar se os Estados Membros precisam se reunir no Conselho Diretor por uma semana inteira. No entanto, ele estava ciente de que, se o Conselho Diretor fosse ser encurtado, seria preciso administrar o tempo muito atentamente.

13. A sra. Huerta disse que o seu escritório de fato trabalharia para assegurar que a sessão se desenvolvesse de modo eficiente e que houvesse tempo suficiente para cada item.

14. A Diretora assinalou que, no passado, o Conselho Diretor havia uma duração de três semanas e que primeiro havia sido reduzido para duas semanas e depois para quatro dias e meio. De modo semelhante, a Assembleia Mundial da Saúde costumava ter uma duração de dois meses. Agora ela era bem mais curta, mas também era agora complementada por diversas sessões intergovernamentais, que custavam milhões de dólares, para tentar chegar a um consenso sobre tópicos que comprovadamente eram muito complexos para ser considerados em uma semana curta.

15. A Repartição havia feito progressos em reduzir a carga das diversas sessões dos Órgãos Diretivos ao usar tecnologia para realizar sessões virtuais e transferir, em grande parte, os tópicos orçamentários e administrativos ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, deixando mais tempo ao Comitê Executivo para considerar os assuntos de políticas de saúde. Tentar abordar todos os tópicos da agenda muito rapidamente implicava no risco de não ouvir todas as opiniões e que os resultados não representariam um real consenso.

16. Além da consideração dos itens da agenda, a semana do Conselho Diretor incluiria várias atividades auxiliares, como a celebração do 30º. aniversário da erradicação da varíola e a criação do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas e uma recepção vespertina, organizada em conjunto com a Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação, que seria não apenas um evento para a entrega de diversos prêmios, mas também uma oportunidade para interagir com muitos dos parceiros e associados da Organização, assim como os respectivos organismos do país-anfitrião. Portanto, seria uma semana de atividade intensa.

17. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R10, aprovando a agenda provisória do 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

Assuntos do comitê

Relatório sobre a Quarta sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (documento CE146/4)

18. O dr. Douglas Slater (São Vicente e Granadinas, Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA) havia realizado sua Quarta Sessão em 17 e 18 de março de 2010. Compareceram à sessão representantes dos seguintes Membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou indicados pela Diretora: Barbados, Bolívia, Cuba, Guatemala, México, São Vicente e Granadinas e Estados Unidos. Representantes do Brasil, Canadá, Honduras e Suriname haviam comparecido na qualidade de observadores. Foram eleitos São Vicente e Granadinas para servir como Presidente do Subcomitê. A Bolívia foi eleita Vice-presidente e o México como Relator.

19. O Subcomitê havia tido um intercâmbio muito produtivo de opiniões sobre vários assuntos importantes financeiros, administrativos e outros, os quais também estavam na agenda para a 146ª Sessão do Comitê Executivo. Ele, portanto, informaria sobre as discussões e recomendações do Subcomitê sobre estes tópicos quando forem considerados pelo Comitê.

20. O Comitê Executivo agradeceu ao Subcomitê por seu trabalho e tomou nota do relatório.

Prêmio OPAS em Administração 2010 (documentos CE146/5 e CE146/5, Add. I)

21. O dr. Celsius Waterberg (Suriname) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2010, formado pela Colômbia, Guatemala e Suriname, havia se reunido no dia 23 de junho. Após revisarem as informações sobre os candidatos ao prêmio, indicados

pelos Estados Membros, o Júri havia decidido conferir o Prêmio OPAS em Administração 2010 à dra. Elsa Yolanda Palou, pelo impacto nacional e sub-regional das atividades administrativas, médicas, didáticas e de pesquisa dela para a qualidade da atenção prestada a pacientes com doenças transmissíveis, principalmente pessoas vivendo com HIV/aids.

22. O Comitê Executivo deu os parabéns à dra. Palou e aprovou a Resolução CE146/R.11, registrou a decisão do Júri, modificou o parágrafo 11 dos procedimentos para conceder o Prêmio e transmitiu o relatório ao 50º Conselho Diretor.

Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS (documento CE146/6)

23. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, de acordo com o procedimento apresentado nos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais, o Subcomitê havia realizado uma reunião fechada durante a sua quarta sessão para analisar a situação de duas ONGs que mantêm relações oficiais com a OPAS e considerar a candidatura de uma ONG que queria ter relações oficiais com a Organização. Depois da reunião fechada, o Subcomitê havia decidido recomendar que o Comitê Executivo aprovasse a continuação das relações oficiais entre a OPAS e a Confederação Latino-americana de Bioquímica Clínica e a Aliança Nacional para a Saúde Hispânica, e que admitisse o Centro de Transporte Sustentável do Instituto de Recursos Mundiais para manter relações oficiais.

24. A dra. Ana Leticia Cáceres de Maselli (Confederação Latino-americana de Bioquímica Clínica) recordou que a sua organização havia tido uma relação de trabalho excelente com a OPAS por 20 anos, durante os quais havia ajudado a realizar diversas melhorias na regulamentação e na qualidade de trabalho de laboratórios.

25. A Diretora disse que os vínculos da OPAS com organizações não governamentais eram de grande valor ao trabalho da Organização, pois as ONGs serviam como centros de excelência nas suas diversas esferas. As relações da OPAS com as organizações não governamentais eram guiadas por planos do trabalho formulados pelas ONGs que contribuíam para as atividades da Organização e para o alcance dos seus objetivos. As ONGs também prestavam ajuda em caso de ocorrências imprevistas como os terremotos recentes no Haiti e Chile.

26. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R4, confirmando as recomendações feitas pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

Relatório anual do Escritório de Ética 2009–2010 (documento CE146/7)

27. O sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA), ao apresentar o Documento CE146/7, observou que as quatro principais funções do Escritório de Ética eram dar assessoria e orientação ao pessoal com respeito à promoção de conduta ética; dar treinamento e instrução sobre questões éticas e o Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS; realizar investigações sobre supostas faltas graves e violações éticas; e a elaborar novas políticas e iniciativas nas áreas de ética e cumprimento dos regulamentos. Ele fez um breve resumo do trabalho nestas áreas, resumindo as informações detalhadas encontradas no documento, e também fez uma atualização breve das ações futuras contempladas para promover uma cultura ética na Organização.

28. Na área de assessoria e orientação, incentivou-se o pessoal a esclarecer dúvidas para evitar situações que poderiam levar a um conflito de interesses ou a criar um problema para a Organização ou para si próprios. O Escritório de Ética havia respondido a 66 consultas em 2009–2010, um discreto aumento em relação ao período anterior. Cerca de um terço das consultas havia sido relacionado com a participação em atividades externas, inclusive participação em banca examinadora ou comitês. Outras consultas haviam sido relacionadas a conflitos de interesses, recebimento de presentes ou prêmios e emprego de familiares.

29. A base da função de treinamento continuava sendo o curso on-line baseado em casos, que era obrigatório para todo o pessoal que já trabalhava ou que entrava para a Organização. Para complementar esta atividade central, o Escritório de Ética pretendia obter programas de formação profissional de mercado e licitações enviadas pelos fornecedores estavam sendo avaliadas.

30. Nas investigações, o papel do Escritório de Ética era limitado à averiguação dos fatos; não eram feitas recomendações com respeito à ação após uma investigação, pois esta era uma decisão a ser tomada pela Gestão de Recursos Humanos. Tal separação de funções assegurava que o mesmo escritório fosse o averiguador do fato e o responsável pela tomada de decisão.

31. Durante o período de prestação de contas de 2009–2010, o Escritório de Ética havia recebido 17 relatórios sobre conduta com problemas éticos, em comparação a 27 e 30 relatórios, respectivamente, nos dois períodos precedentes. Dos 17 casos, haviam sido tomadas medidas disciplinares em dois, empregados haviam sido orientados em três, não haviam sido encontradas violações éticas em três e decisões ainda estavam pendentes em dois. A determinação dos casos remanescentes ainda estava pendente. Embora o Escritório de Ética não recomendasse ações específicas contra as pessoas envolvidas em uma investigação, eram feitas sugestões gerais para melhorar as práticas organizacionais, fortalecer os controles internos e reduzir os riscos.

32. Entre as atividades futuras com o propósito de promover uma cultura ética na Organização estavam a atualização do Código de Princípios Éticos e de Conduta, uma pesquisa de opinião para avaliar o ambiente ético dentro da Organização e outras atividades de treinamento. Além disso, o Escritório de Ética planejava mudar seu período de prestação de contas de maio–abril para o ano civil. Esta última inovação facilitaria a prestação de contas e comparação com outras organizações internacionais e também permitiria ao Escritório apresentar relatórios mais detalhados ao Comitê Executivo em junho, com uma análise mais aprofundada das questões éticas que haviam surgido durante o ano e suas possíveis implicações para o trabalho da Organização.

33. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o relatório e a apresentação. Ele elogiou o trabalho realizado durante o ano, as novas medidas introduzidas e as medidas consideradas para o futuro. Sugeriu-se que os futuros relatórios deveriam diferenciar mais a fundo e categorizar os tipos de medidas tomadas em resposta às violações éticas, dado que elas poderiam ser de natureza muito distinta. Um delegado, observando que o número de relatórios de possíveis violações havia caído de 30 a 17 nos dois últimos anos, questionou se esta queda havia ocorrido porque o ambiente ético estava melhorando ou porque o pessoal tinha perdido o incentivo de notificar tais casos. Uma outra delegada questionou se havia uma política de recurso a alguém quem havia sofrido represália por ter notificado um delito ou cooperado em uma investigação. Ela sugeriu que deveria ser fornecida informação sobre a política contra represália no website do Escritório de Ética para que o pessoal tivesse fácil acesso a ela.

34. O sr. MacMillan reconheceu que o Escritório de Ética havia observado uma diminuição no número de relatórios no último ano. Na sua opinião, esta tendência refletia necessidade de lançar uma nova campanha de conscientização dentro da Organização. Ele recordou que a última campanha havia sido em 2007 e que um considerável número de relatórios havia sido recebido nos anos seguintes. Ele acrescentou que mais detalhes sobre os tipos de violações éticas descobertos e as ações disciplinares impostas poderiam ser dados assim que o relatório do Escritório de Ética tiver passado a um formato de ano civil. Era com satisfação que ele informava que estava sendo construído um website sobre a proibição de represália e se esperava que estivesse pronto em algumas semanas.

35. A Diretora confirmou que a principal ênfase da Repartição na área de ética era com a prevenção. Esperava-se que todo o pessoal, assim como os parceiros externos, trouxessem ao conhecimento e esclarecessem dúvidas ao se depararem com situações em que poderia haver um conflito de interesses ou incerteza se determinada atividade seria apropriada ou não. Era, portanto, importante conscientizar o pessoal sobre o curso de ações disponíveis e sobre as políticas da Organização. Em ética assim como em saúde pública, prevenir era melhor que remediar.

36. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Nomeação de três membros ao Comitê de Auditoria da OPAS (documento CE146/8)

37. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado uma lista de candidatos preparada pela Diretora de acordo com os Termos de Referência para o Comitê de Auditoria estabelecidos pelo Conselho Diretor em 2009. O Subcomitê havia formado um Grupo de Trabalho integrado pelos representantes de Barbados, Bolívia e Guatemala para examinar as qualificações dos candidatos e preparar uma lista classificatória. O Subcomitê havia enfatizado que, no interesse da igualdade de gênero, pelo menos um dos três primeiros candidatos da lista deveria ser do sexo feminino.

38. O Grupo de Trabalho havia realizado duas reuniões durante a Quarta Sessão do Subcomitê e criado uma lista classificatória de quatro candidatos. Ele havia recomendado que os três primeiros candidatos da lista fossem nomeados, mas havia incluído quatro candidatos a fim de dar ao Comitê Executivo a oportunidade de escolher, em ordem de preferência: (1) sr. Alain Gillette, (2) sr. Peter Maertens, (3) sra. Carman LaPointe e (4) sra. Amalia Lo Faso.

39. A dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) assinalou que, além do Documento CE146/8, que descrevia os antecedentes e termos de referência do processo de seleção, uma pasta com os *curricula vitae* dos quatro candidatos também havia sido distribuída aos membros do Comitê Executivo e se pedia a este que escolhesse três dos quatro candidatos.

40. Vários delegados reconheceram os esforços feitos pelo Grupo de Trabalho que havia examinado os candidatos a fundo e manifestaram apoio à escolha que havia sido proposta. Uma delegada, no entanto, propôs que, com base nas qualificações e trajetória profissional dos candidatos, eles deveriam ser reclassificados do seguinte modo: sra. Carman LaPointe, sra. Amalia Lo Faso, sr. Peter Maertens e sr. Alain Gillette. Outro delegado, destacando que o Comitê de Auditoria deveria ser totalmente imparcial e independente da RSPA, sugeriu que o Comitê Executivo deveria escolher os três membros do Comitê de Auditoria com base na lista completa de candidatos que haviam preenchido os requisitos para a posição.

41. O dr. Slater reiterou ao Comitê que seguisse o processo que havia sido iniciado na Quarta Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

42. A Diretora disse que a identificação dos candidatos ao Comitê de Auditoria havia sido feita por uma empresa externa e os postos não eram remunerados. Ela estava segura de que todo o processo havia sido imparcial. Ela também observou que o estabelecimento do Comitê de Auditoria era parte do pacote completo de medidas sendo tomadas para assegurar uma cultura de ética e transparência na Organização. Isso incluía o Escritório de Ética, o sistema de proteção de denunciantes e outras medidas.

43. Após mais discussão, o Comitê Executivo concordou em seguir a recomendação do Subcomitê e selecionar os três primeiros candidatos propostos. Foi posteriormente determinado por sorteio que o sr. Alain Gillette faria parte do Comitê de Auditoria por quatro anos, a sra. Carman LaPointe por três anos e o sr. Peter Maertens por dois anos.

44. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R5, confirmando as seleções supracitadas.

Assuntos relativos à política de programas

Avaliação de fim do biênio do Orçamento e Programas 2008–2009/Relatório de progresso provisório do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 (versão preliminar) (documento CE146/9, Rev. 1)

45. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado a metodologia para avaliar a implementação do Orçamento para Programas de 2008–2009 e o Plano Estratégico pelo o período 2008–2012 e que havia recebido com satisfação a proposta de uma avaliação total e transparente dos resultados de fim de biênio, enfatizando a importância de tais avaliações para a gestão baseada em resultados. Os membros haviam feito várias sugestões com respeito ao conteúdo e formato do relatório de avaliação. No que se referia ao conteúdo, vários delegados haviam sugerido que o relatório deveria incluir informação sobre os desafios encontrados na execução do orçamento para programas e as lições aprendidas, medidas tomadas para melhorar a eficiência na implementação dos programas e melhorias alcançadas na situação de saúde nos Estados Membros como resultado das atividades realizadas durante o biênio. Também havia sido sugerido que os objetivos da avaliação de fim do biênio deveriam ser esclarecidos e que o relatório deveria indicar como a Repartição usaria os resultados para futuro planejamento orçamentário e programático. Além disso, havia sido sugerido que deveria ser fornecida informação mais detalhada sobre o impacto da crise global financeira e da pandemia (H1N1) de 2009 para o alcance dos diversos objetivos estratégicos.

46. O dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) resumiu o conteúdo do Documento CE146/9, Rev. 1, destacando as alterações introduzidas em resposta às observações e recomendações do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA), em particular a inclusão de uma análise do progresso no que se referia às oito áreas da ação da Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017, uma análise do progresso com base na prioridade atribuída a cada objetivo estratégico e uma análise do impacto para a saúde da crise econômica mundial, pandemia de influenza e os diversos desastres e emergências que haviam ocorrido na Região durante o biênio.

47. Ele informou que, dos 16 objetivos estratégicos (OEs), somente quatro foram considerados como estando “em risco” no fim do biênio (ou seja, taxa de execução de 75%–89%, com ação necessária para superar atrasos, obstáculos e riscos que poderiam dificultar seu alcance até fins de 2012). Dos 88 resultados esperados a nível regional (RERs), 21 (24%) estavam em risco. Ele enfatizou que estes números refletiam os resultados do componente quantitativo da avaliação de fim do biênio, que era muito rigorosa: por exemplo, se uma meta havia sido estabelecida para 36 países e todos os países, menos um, haviam atingido a meta ao fim de 2009, ela seria considerada como não tendo sido alcançada. A avaliação quantitativa era complementada por uma avaliação qualitativa, que proporcionava mais dados sobre as circunstâncias específicas que explicavam as metas não alcançadas e também sobre o progresso feito.

48. Referindo-se à Figura 8 e Tabela 6 no documento, que mostrava, respectivamente, os fundos disponíveis por objetivo estratégico como porcentagem do orçamento aprovado e o alinhamento da alocação dos fundos disponíveis com a priorização programática dos diversos objetivos estratégicos, ele assinalou que os déficits de financiamento em algumas áreas refletiam falta de financiamento flexível, que por sua vez refletia o fato de que a maior parte (65%) do orçamento ordinário era alocada aos postos. Isso complicava a transferência de fundos de um objetivo estratégico a outro para cobrir os déficits. Além disso, a enorme maioria das contribuições voluntárias era destinada a finalidades específicas. No atual biênio, a Repartição se empenharia muito para captar contribuições voluntárias flexíveis a fim de assegurar que os objetivos estratégicos de maior prioridade recebessem financiamento suficiente.

49. O Comitê Executivo recebeu com satisfação as modificações feitas ao documento em resposta às observações do SPBA, em particular a identificação do progresso feito e lições aprendidas durante o biênio em cada objetivo estratégico. Foi reiterado à Repartição que redobrasse os seus esforços com respeito aos objetivos estratégicos e os resultados esperados a nível regional que foram considerados “em risco” e que trabalhasse para tentar solucionar os obstáculos identificados nas “observações sobre o progresso” para os RERs considerados em risco. Incentivou-se também a Repartição a aplicar as lições aprendidas em 2008–2009 ao seu trabalho no biênio atual e biênios futuros e a continuar a integrar perspectivas interculturais e de gênero em todos os seus programas e atividades. O progresso da Repartição na execução da gestão baseada em resultados foi elogiado.

50. Vários delegados comentaram que a Tabela 6 do relatório parecia refletir algumas incongruências. Foi assinalado que, por exemplo, o OE5 e OE9 estavam classificados por último em termos de prioridade programática mas ambos apresentavam desalinhamento positivo, enquanto que os objetivos estratégicos classificados como primeira, segunda e terceira prioridade apresentavam um desalinhamento negativo. Foram feitas perguntas com respeito aos critérios que haviam sido aplicados para a priorização e se sugeriu que, considerando os problemas de financiamento mostrados na Tabela 6, talvez fosse

aconselhável rever o esquema de classificação. Pediu-se esclarecimento sobre uma afirmação no parágrafo 91 do relatório que identificava “a tendência em curso de um grupo crescente de organizações centradas na saúde” como uma das principais razões para o déficit de financiamento e se expressou apoio aos esforços da Repartição para obter mais contribuições voluntárias não destinadas.

51. O dr. Gutiérrez respondeu que, na versão do relatório a ser apresentado ao Conselho Diretor, a Repartição incluiria mais informações sobre as organizações referidas no parágrafo 91. Com respeito aos resultados esperados a nível regional que foram classificados como estando “em risco”, ele explicou que a maioria deles incluía metas que requeriam ação por parte dos Estados Membros, como uma meta para a cobertura de vacinação. O fato de que elas eram consideradas “em risco” não significava, porém, que não havia sido feito progresso ou que provavelmente as metas não seriam alcançadas até o fim de 2012, o último ano do período coberto pelo Plano Estratégico atual. De fato, a classificação “em risco” indicava que pelo menos 75% dos indicadores para os RERs em risco haviam sido atingidos. Nenhum RER foi considerado “em dificuldade”, significando que a taxa de execução era inferior a 75% e havia sério risco de que as metas não poderiam ser alcançadas. Havia ainda trabalho a ser feito nos RERs em risco, mas se esperava que estes fossem atingidos no tempo restante até dezembro de 2012.

52. Como indicado no relatório, a priorização dos objetivos estratégicos havia sido estabelecida por meio de uma metodologia modificada de Delphi, levando em consideração diversas variáveis. A metodologia e a priorização resultante dos objetivos estratégicos haviam sido apresentadas e aprovadas pelos Estados Membros. Com respeito aos recursos alocados a cada objetivo estratégico, os valores na Tabela 6 refletiam em que grau o déficit de financiamento entre recursos de orçamento ordinário e contribuições voluntárias havia sido sanado. Ele reiterou que a capacidade da Organização de sanar este déficit era limitada pelo fato de que a maioria das contribuições voluntárias era destinada a finalidades específicas e que 65% do orçamento ordinário se destinava a cobrir custos de pessoal. Havia, portanto, pouca flexibilidade para transferir fundos ou postos de pessoal de um objetivo estratégico ao outro.

53. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), falando como facilitadora do Objetivo Estratégico 9 (nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar), observou que a classificação como sendo em risco para o OE9 era baseada nos indicadores iniciais estabelecidos sob o Plano Estratégico 2008–2012, sendo vários deles indicadores compostos, o que havia dificultado o monitoramento e mensuração deles. Estes indicadores haviam sido modificados na versão emendada do Plano Estratégico aprovado pelos Órgãos Diretivos em 2009. A fim de assegurar que o OE9 fosse alcançado até 2012, a Repartição estava empenhada em fortalecer os planos, programas e estratégias nos Estados Membros para melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar. Além disso, havia sido formada uma equipe

interorganizacional para nutrição e desenvolvimento dentro da Repartição para promover um enfoque integrado à questão e a OPAS estava colaborando com outros organismos das Nações Unidas na Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento para o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

54. O dr. Jacobo Finkelman (Gerente interino da Área de Vigilância da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças da RSPA), falando como facilitador do Objetivo Estratégico 3 (doenças crônicas não transmissíveis), disse que o OE3 estava em risco por duas razões básicas: a primeira se relacionava com a necessidade de fortalecer os processos de formulação de políticas no âmbito nacional e a segunda, com a necessidade de captação de mais recursos externos. Embora a maioria das metas de indicadores sob OE3 havia sido alcançada, era necessário fortalecer o compromisso político e financeiro para assegurar que o objetivo fosse plenamente alcançado até 2012. A Repartição estava trabalhando para isso.

55. O dr. Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Prontidão para Emergência e Alívio em Desastres, RSPA), falando como facilitador do Objetivo Estratégico 5 (emergências e desastres), disse que, embora parecia haver um desalinhamento positivo para o OE5, isso não era verdade. Os dados na Tabela 6 refletiam a combinação do financiamento para duas áreas segundo o orçamento de 2008–2009: resposta a emergências e prontidão para situações de emergência.

56. O dr. Gutiérrez acrescentou que, segundo o orçamento para 2010–2011, as informações para o OE5 seriam fornecidas em separado daquela para os outros objetivos estratégicos, pois ele se enquadrava na área de “resposta a surtos e crises”, um dos três segmentos nos quais o orçamento estava dividido (os outros dois eram programas de base da OPAS/OMS e projetos internos financiados por governos).

57. A Diretora assinalou que os valores monetários no relatório não refletiam necessariamente a prioridade atribuída a um estratégico objetivo em particular ou o nível de apoio sendo dado para alcançá-lo, pois com frequência este apoio era dado na forma de serviços de assessoria ou atividades de defesa da causa. Era difícil contabilizar tais funções de apoio e o tempo do pessoal dedicado aos diversos objetivos estratégicos. Era ainda mais difícil sanar o déficit de financiamento em algumas áreas. Em termos gerais, os doadores estavam mais dispostos a prestar apoio para resolver problemas de saúde que eram vistos como sendo uma ameaça coletiva, como era o caso com das doenças transmissíveis. Problemas como obesidade e cardiopatia, por outro lado, eram vistos como uma ameaça aos indivíduos. Esperava-se que, com a cúpula da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis em 2011, houvesse maior conscientização sobre a importância das doenças não transmissíveis como um problema de saúde pública e, portanto, da importância de maior apoio à sua prevenção e controle.

58. Em resposta às perguntas com respeito à competição pelos recursos internacionais na área da saúde, ela explicou que, na década anterior, quase cem novos mecanismos e iniciativas haviam sido criados para captar recursos para a saúde, como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, a Aliança GAVI, a Rede Global de Ajuda Humanitária (GAIN) e muitos outros. Como resultado, o financiamento para atividades de saúde havia aumentado, mas não necessariamente canalizado através da OPAS/OMS, embora a ajuda da Organização fosse cada vez mais solicitada pelos países para a elaboração de propostas de projetos e negociação de financiamento para os diversos novos mecanismos. No entanto, tal financiamento em geral não era disponibilizado aos países das Américas, pois na sua maioria eram países de renda média e não se qualificavam ao apoio das diversas novas fontes.

59. O Comitê tomou nota do relatório.

Modernização do sistema de informação para a gestão da RSPA (documento CE146/10)

60. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado que a Diretora havia criado um comitê para liderar um projeto para a modernização do Sistema de Gestão Institucional da RSPA (posteriormente renomeada Sistema de Informação para a Gestão da RSPA, ou PMIS) e apresentaram recomendações aos Órgãos Diretivos em 2010. Este comitê havia identificado três opções básicas com características, benefícios e desvantagens distintos. O Subcomitê havia sido assegurado que todas as opções apresentadas responderiam aos requisitos do Sistema de Gestão Global da OMS (GSM).

61. O Subcomitê havia recebido com satisfação a atualização do projeto, embora alguns membros haviam considerado a necessidade de mais informações sobre o investimento que seria preciso para implementar cada uma das opções e as implicações para a Organização em termos de execução de seus programas. Sugeriu-se que o documento a ser apresentado ao Comitê Executivo deveria incluir uma matriz resumindo as características das diversas opções para facilitar a comparação. Alguns delegados haviam demonstrado preocupação de que a OPAS talvez não estivesse promovendo um alinhamento estreito o suficiente com o GSM, dado que a manutenção de um sistema em separado implicaria em manutenção e custos de aperfeiçoamento, que recairiam exclusivamente sobre a OPAS. O Subcomitê havia incentivado a Repartição a considerar a possibilidade de implantar um novo sistema de gestão, um módulo por vez, para evitar os problemas que a OMS havia tido como resultado da introdução de todo o GSM imediatamente.

62. O dr. Mohamed Abdi Jamas (Subdiretor Geral, Administração Geral, OMS) fez uma apresentação sobre o Sistema de Gestão Global, explicando que, até um tanto recentemente, as seis Repartições Regionais da OMS haviam usado sistemas distintos que

não se comunicavam entre si. Em 2000, havia sido realizado um estudo para avaliar o custo de melhorar a situação e, em 2003, a Assembleia Mundial da Saúde havia decidido que seriam alocados US\$ 55 milhões¹ para o desenvolvimento de um novo sistema para a Organização como um todo. O resultado era o Sistema de Gestão Global, o sistema de informação para a gestão institucional da OMS. O GSM era baseado em um pacote de software de planejamento de recursos de empreendimento (ERP) da Oracle, com o acréscimo dos módulos para o planejamento de programas e gestão baseada em resultados.

63. O GSM havia começado a operar em 1º de julho de 2008 na sede da OMS, na Repartição Regional para o Pacífico Ocidental e em algumas entidades relacionadas. Havia sido considerada a implantação de módulo por módulo, mas se decidiu por iniciar o sistema por completo imediatamente. Embora tenha havido enormes dificuldades nos primeiros seis ou sete meses, o sistema agora estava estável. O Centro Global de Serviços, um centro de processamento centralizado para a toda a organização, havia sido estabelecido em Kuala Lumpur, Malásia. Diversos locais haviam sido considerados, e Kuala Lumpur foi escolhida porque era a opção menos dispendiosa. O Centro empregava principalmente pessoal recrutado localmente e era encabeçado por um funcionário graduado D1, sendo que o posto foi recentemente reclassificado como D2. Atualmente geria todo o processamento para funções como folha de pagamento, viagem e gestão de recursos humanos.

64. Esperava-se que a introdução do GSM levasse não apenas a uma melhora da eficiência mas também a uma economia de custos. Estes últimos ainda não havia ocorrido, mas se esperava que a situação melhorasse quando o sistema estivesse em uso em todas as regiões da OMS. Entre os outros benefícios esperados estavam transparência, obtida ao dar visibilidade às informações a todo o pessoal com adequada autorização de acesso; responsabilidade, melhorada ao vincular recursos aos elementos dos programas e ao capacitar os gerentes para a tomada de decisão e obrigatoriedade de prestação de contas; descentralização da responsabilidade e autoridade; funções bem definidas e padronizadas para autorizar e certificar ações; eficiência e pontualidade decorrente da introdução dos dados apenas uma vez e armazenamento deles em uma base de dados central; precisão de ter uma única fonte de dados e validações e controles incorporados; informações administrativas fidedignas e em tempo real e maior autonomia do pessoal e capacidade de autoatendimento.

65. O ano de 2009 havia sido dedicado a corrigir as deficiências encontradas no sistema e, em janeiro de 2010, ele havia sido ampliado às Regiões do Mediterrâneo Oriental, Europa e Sudeste Asiático. Estavam agora sendo feitos preparativos para ampliação à região da África, que implicaria em dificuldades especiais decorrentes do

¹ A menos que indicado em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos (US\$).

tamanho da Região, sua infraestrutura de comunicação em geral deficiente e da necessidade de o GSM ser operado em francês. Seriam usados para a ampliação os US\$ 5 milhões restantes da quantia originalmente alocada ao projeto. Ele destacou que os US\$ 55 milhões haviam sido destinados somente para o projeto e criação do sistema, este valor não incluía treinamento, viagens relacionadas ao projeto, aperfeiçoamento da infraestrutura necessária ou custos recorrentes, orçados para 2010–2011 em quase US\$ 31 milhões.

66. O dr. Isaías Daniel Gutierrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) fez uma apresentação sobre o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) e sobre como ele se relacionava com o GSM. Ele explicou que a RSPA estava comprometida em preencher os requisitos do GSM e de fato já estava fazendo isso através do alinhamento programático e intercâmbio de informações. Ele recordou que o Comitê do PMIS havia sido encarregado de produzir três materiais a serem entregues aos Órgãos Diretivos: uma descrição dos princípios orientadores do PMIS; uma análise dos processos institucionais da RSPA e um estudo das opções para a modernização do PMIS para possibilitar que uma decisão fosse tomada pelos Órgãos Diretivos.

67. Os princípios orientadores, propostos no Anexo A do Documento CE146/10, orientariam os esforços para modernizar o PMIS. Eles eram derivados dos princípios da OMS, junto com uma avaliação das necessidades e singularidades da OPAS. Eles haviam sido elaborados pelo Comitê do PMIS com a participação do pessoal da RSPA em todos os níveis e também incorporavam recomendações feitas pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

68. O Anexo B continha um estudo detalhado das diferenças entre os princípios orientadores das duas organizações, que teriam que ser levadas em consideração em qualquer aperfeiçoamento ou substituição do PMIS. Embora algumas das diferenças eram pequenas, outras eram significativas, como o fato de que a OPAS tinha um nível sub-regional e recebia contribuições diretamente dos seus Estados Membros.

69. O Anexo C examinava as diferenças dos modelos institucionais da OPAS e OMS. Tais diferenças surgiam do fato de serem instituições legais separadas, com constituições separadas; de a OPAS ter seus próprios Órgãos Diretivos mas ao mesmo tempo estar sujeita aos mandatos dos Órgãos Diretivos da OMS; e de ter distintas agendas de trabalho. Estas diferenças também teriam implicações para o sistema de informação para a gestão.

70. O Comitê do PMIS havia produzido três opções para melhorar o sistema atual. Estas estavam detalhadas no Anexo D do documento. A opção 1 implicaria em adotar o GSM da OMS, em uma de três variantes: 1(a) usando a mesma instância de database e a mesma unidade operacional que outras repartições regionais da OMS; 1(b) usando a mesma instância de database mas uma unidade operacional diferente ou 1(c) usando o GSM como uma instância separada, essencialmente ao instalar uma cópia em branco do

GSM em separado para o uso da RSPA. A opção 2 envolveria modernizar os sistemas atuais da RSPA e a opção 3 seria um híbrido compreendendo o software de planejamento de recursos de empreendimento SAP[®] com recursos agregados de funcionalidade específicos da OPAS. Informação detalhada sobre os prós e os contras e sobre os custos das diversas opções também constavam do Anexo D.

71. O Comitê Executivo agradeceu à Repartição pelo relatório abrangente. Era de especial valor a inclusão das considerações feitas pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração e a comparação detalhada das vantagens e desvantagens das diversas opções, que deixavam claro que a questão fundamental era se a OPAS deveria adotar o GSM ou um sistema de informação diferente a ser integrado a ele, e que os dois aspectos para a escolha eram risco e custo.

72. O Comitê também reconheceu o esforço feito para preparar uma comparação detalhada entre os princípios orientadores da OPAS e da OMS. Embora em alguns casos as diferenças eram pequenas, havia muitos casos em que a comparação indicava que a OPAS tinha requisitos únicos, caracteristicamente relacionados à sua estrutura (incluindo entidades regionais, sub-regionais e de país) e a como desempenhava sua missão através de atividades como compras. Como destacado no relatório, estas diferenças significavam que o GSM não preencheria todos os requisitos da OPAS e, embora o relatório também indicasse que a integração total com o GSM era um requisito fundamental para a OPAS, o Comitê achava que, dadas as diferenças entre a OPAS e as outras regiões da OMS, estava claro que não seria viável a implantação do GSM sem algumas modificações.

73. O consenso dos membros do Comitê era que as opções 1(c) e 3 evitariam as desvantagens associadas com a adoção plena do GSM sem modificação. O Comitê era de opinião que a opção 1(c) permitiria à OPAS manter sua autonomia, ao mesmo tempo em que também facilitava o intercâmbio de informações com a OMS. No entanto, o que preocupava o Comitê eram os altos custos desta opção, assim como os custos da atualização necessária do Oracle E-Business Suíte release 12, particularmente considerando um anúncio recente que não haveria versões posteriores do E-Business Suíte, que seria substituído por um novo produto, Oracle Fusion. O Comitê considerou que eram necessárias mais informações a respeito.

74. O Comitê era de opinião que a opção 3 também manteria a autonomia da OPAS em governança, seria de custo relativamente baixo e implicaria no uso de software comercial atualizado e uniforme que havia sido escolhido pelas Nações Unidas como sua plataforma preferida. Por outro lado, na opção 3, a OPAS estaria implantando um sistema de ERP para o qual não havia conhecimento nem experiência institucional. O Comitê, portanto, precisava de mais informações sobre os riscos associados, especificamente com respeito às áreas em que as modificações tanto no GSM como no software SAP seriam necessárias comportar as necessidades institucionais da OPAS; a experiência de organizações que já

havia implantado o software SAP no sistema das Nações Unidas, principalmente se as modificações eram dispendiosas ou difíceis, e outros riscos conhecidos associados com a implantação deste sistema.

75. Demonstrou-se preocupação sobre como o processo de modernização seria financiado, juntamente com uma relutância de contemplar aumentos das contribuições estimadas para este fim. O Comitê pediu à Repartição que fornecesse atualizações periódicas sobre o custo do processo.

76. Em resposta às observações sobre atualizações futuras ao sistema Oracle, o dr. Jama concordou que haveria um custo para passar do release 11 para 12, mas disse que considerava que o futuro Oracle Fusion atenderia às necessidades dos usuários existentes do E-Business Suite. Além disso, entendia que o lançamento do Oracle Fusion ainda levaria vários anos.

77. A Diretora observou que, ao reduzir o número de opções em consideração a duas, o Comitê havia feito considerável progresso para uma decisão final sobre o curso de ação a ser tomado no que se referia ao PMIS, que era crítico para a capacidade da Repartição de prestar cooperação técnica e outros serviços com a qual os Estados Membros contavam.

Linha de ação acordadas pelos membros do Comitê Executivo

78. Depois da discussão, o Comitê Executivo respaldou a modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA e aprovou os seus princípios orientadores. Levando em consideração a situação legal separada da OPAS e outros fatores, o Comitê recomendou as opções 1(c) e 3 como sendo as mais vantajosas para a modernização do PMIS e solicitou uma análise mais detalhada destas duas opções, incluindo os riscos e custos envolvidos na sua implantação. O Comitê Executivo também insistiu para que houvesse um diálogo a fundo com a OMS e outras entidades envolvidas no GSM, assim como com outros organismos das Nações Unidas que usam o software SAP, para obter mais informação sobre a sua operação.

79. O Comitê Executivo solicitou que os Estados Membros mantivessem sua participação na preparação do novo documento para o Conselho Diretor e incorporação dos resultados dos diálogos mencionados anteriormente. Também solicitou à Diretora para que apresentasse um plano financeiro que incluiria as fontes propostas de financiamento e os esforços de captação de recursos.

Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas (documento CE146/11)

80. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado os termos de referência e o

procedimento proposto para avaliar a Política Orçamentária Regional para Programas adotada em 2004 e havia recebido com satisfação os planos para avaliação da política, que segundo os membros melhoraria a transparência e gestão baseada em resultados. Várias perguntas haviam sido feitas com respeito ao conteúdo e resultado pretendido da avaliação, por exemplo, se ela examinaria o uso da alocação variável dos países e o uso de fundos para cooperação técnica entre países; se a metodologia de alocação de recursos seria avaliada; como os critérios para obter uma alocação de recursos mais equitativa entre países seriam atualizados; se a avaliação estaria vinculada à avaliação de fim do biênio do orçamento para programas 2008–2009 e se as novas recomendações e propostas de política seriam feitas com base nos resultados da avaliação. O Subcomitê havia enfatizado que o Secretariado deveria procurar conhecer as opiniões das autoridades nacionais sobre a política.

81. O sr. Román Sotela (Assessor Principal, Gestão do Orçamento e Programa da RSPA) recapitulou o histórico e as características da Política Orçamentária Regional para Programas (descritos em detalhes nos Documentos CD45/7 e CE134/FR, parágrafos 46 a 74).

82. O sr. David O'Regan (Interventor Geral, Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, RSPA) em seguida resumiu os resultados preliminares da avaliação, observando que a avaliação estava ainda em andamento, mas seria completado antes do 50º Conselho Diretor em setembro, ocasião em que seria apresentada informação em mais detalhes. Ele explicou que umas das principais finalidades da avaliação era dar recomendações para guiar a formulação da próxima Política Orçamentária Regional para Programas. O principal resultado da avaliação era que o desenvolvimento e a implementação da política havia sido um êxito, em geral, para a Repartição e os Estados Membros. A política havia fornecido uma metodologia transparente, sistemática e uniforme para alocar OS orçamentos ordinários bienais da OPAS no nível regional, sub-regional e de país.

83. Pesquisa feita pelos Serviços de Supervisão Interna e Avaliação indicava que a política parecia ser única entre as organizações internacionais em termos de seu método de alocação estritamente em função de fórmulas. Outras organizações internacionais também tinham modelos baseados em fórmulas, mas eram mais abertos à flexibilidade e discrição. O IES haviam examinado e refeito os cálculos da fórmula de alocação orçamentária da política e havia verificado que a política havia sido executada corretamente. Contudo, o IES tinha várias recomendações a fazer com respeito a certos aspectos da metodologia.

84. Em particular, o limiar de financiamento básico da política deveria ser examinado, pois em alguns casos havia evidência de que o piso de financiamento poderia ser muito baixo para assegurar um nível mínimo de operações. O índice conforme as necessidades do elemento variável da alocação também deveria ser examinado e métodos alternativos de alisamento do impacto do tamanho populacional dos países deveriam ser avaliados para

assegurar que o tamanho populacional não teria uma repercussão indevida na alocação conforme as necessidades. A fim de atender às necessidades críticas dos cinco países-chave identificados sob a política, deveria ser considerado aumentar as suas parcelas proporcionais do orçamento ordinário. Também deveria ser considerado aumentar o nível proporcional da alocação variável do país – que atualmente era de somente 2% do orçamento ordinário total – mantendo critérios estritos para seu uso. O IES havia verificado que a execução do orçamento no âmbito sub-regional havia sido inferior que no nível regional e nacional e recomendou que fosse considerado dar maior transparência a este elemento da política, por exemplo, ao estabelecer critérios claros para a distribuição de recursos nas sub-regiões.

85. Por fim, embora a natureza estrita baseada em fórmula dava à política maior transparência e era um de seus pontos fortes, esta rigidez poderia também ser considerada um fator limitante. Alguns elementos adicionais, mais discricionários talvez devessem ser introduzidos na política.

86. O Comitê Executivo recebeu com satisfação a avaliação, que era vista como prova do compromisso da Organização com a gestão baseada em resultados, e aguardava ansiosamente as recomendações dos Serviços de Supervisão Interna e Avaliação sobre a Política Orçamentária Regional. Os delegados destacaram que a avaliação deveria examinar a fórmula de alocação de recursos considerando os novos desafios e circunstâncias em transição e que recursos deveriam ser alocados com vistas a assegurar financiamento suficiente para os objetivos estratégicos que haviam sido considerados em desalinhamento negativo e/ou em risco (ver parágrafos 45 a 59 acima).

87. Os delegados também enfatizaram a importância de assegurar que as alocações aos Estados Membros eram suficientes para permitir-lhes alcançar as metas de indicadores sob o Plano Estratégico e, de modo mais geral, ter uma participação efetiva no trabalho da Organização. O Delegado do Canadá observou que seu país usava a alocação da Organização principalmente para proporcionar conhecimento especializado e apoio a outros países da Região e a diminuição de 40% que havia ocorrido em decorrência da aplicação da atual política orçamentária dificultava isso cada vez mais. Assinalou-se que o documento sobre este item indicava que o componente sub-regional do orçamento para programas era de 7%, mas que a avaliação de fim do biênio do orçamento para programas de 2008–2009 (Documento CE146/9, Rev. 1) usava um valor de 5%, e se pedia esclarecimento sobre esta discrepância.

88. O sr. O'Regan disse que, embora a Política Orçamentária Regional para Programas se encaixasse bem com os aspectos programáticos e estratégicos do orçamento, não tinha em si uma natureza programática. Em vez disso, era um método para dividir os recursos do orçamento ordinário entre o âmbito regional, sub-regional e de país. A fórmula de alocação, embora muito transparente, não permitia fazer correções ou alterações discricionárias em resposta a novos desafios ou circunstâncias em transição. Era

precisamente por isso que o IES estava recomendando que deveria ser mais flexível. Em resposta à pergunta com respeito ao componente sub-regional, ele explicou que o valor de 7% fornecido no Documento CE146/11 era relativo apenas ao orçamento ordinário, enquanto que o valor de 5% informado no Documento CE146/9, Rev. 1, era relativo ao orçamento total, que compreendia o orçamento ordinário, contribuições voluntárias e todas as outras fontes de financiamento.

89. A Diretora assinalou que o valor de 7% refletia um aumento no componente sub-regional no biênio atual. O componente sub-regional em 2008–2009 havia sido de fato 5%. Como sr. O'Regan havia observado, a OPAS era a única a possuir uma política orçamentária com critérios transparentes para fixar os tetos orçamentos e alocações, e era também única a ter uma alocação sub-regional. No entanto, esta singularidade implicava em desafios, sendo o principal que não havia modelo a ser seguido ou lições a serem aprendidas com a experiência de outras organizações, o que dificultava saber como melhorar a política. Assessoria dada por especialistas nos Estados Membros, em particular de estados federais que tinham experiência em ratear seus orçamentos nacionais entre os diversos níveis de governo, havia sido de grande valor para a formulação da política atual e seguramente também ajudaria a refiná-la e melhorá-la.

90. Uma consideração importante a se fazer na avaliação e no processo de formulação de uma nova política era o custo considerável de manter uma presença da OPAS no país em quase todos os Estados Membros. Além disso, alguns custos, como investimentos em segurança e conectividade para cumprir com os padrões estabelecidos pelas Nações Unidas, estavam fora do controle direto da OPAS, o que dificultava o planejamento orçamentário. Quando possível, a Repartição procurava assegurar que tais investimentos seriam de benefício a longo prazo aos países e melhoraria a capacidade deles de se comunicar e cooperar uns com os outros. Ciente da necessidade de continuar a reduzir o componente regional do orçamento ordinário e, ao mesmo tempo, aumentar o componente de país, a Repartição estava também se esforçando por encontrar maneiras mais estratégicas de utilizar os recursos limitados da OPAS e aumentar a eficiência de seu trabalho. Para isso, estava continuamente reavaliando a função dos Centros Pan-Americanos (ver parágrafos 180 a 186 abaixo), que recebiam uma parcela significativa dos recursos alocados em nível regional, procurando identificar novos parceiros de cooperação técnica, como as instituições nacionais mencionadas no Documento CE146/12 Rev. 1 (ver parágrafos 92 a 100 abaixo).

91. O Comitê tomou nota do relatório.

Instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica (documento CE146/12)

92. O Presidente destacou o Documento CE146/12, Rev. 1 e passou a palavra para discussão.

93. O Comitê Executivo recebeu com satisfação a proposta de um procedimento padronizado para formalizar as relações entre a OPAS e instituições nacionais através da designação destas como instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica. Os delegados consideraram que o procedimento forneceria um meio de usar o conhecimento especializado disponível no âmbito nacional e fortalecer a capacidade das instituições nacionais envolvidas, melhorando assim a cooperação técnica da OPAS com os países, ajudando-os a melhor atender às suas necessidades de saúde e prioridades e a atingir suas metas de saúde, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde. Um delegado indagou se outras repartições regionais da OMS haviam adotado uma estratégia semelhante para a identificação e designação das instituições nacionais envolvidas em apoiar o trabalho da Organização no âmbito nacional.

94. Vários delegados consideraram que a definição de “instituição nacional associada à OPAS para cooperação técnica” no parágrafo 34 do Documento CE146/12 não poderia ser aplicada a algumas das instituições mencionadas no parágrafo 35, como instituições privadas, associações acadêmicas e de profissionais, e organizações da sociedade civil eram entidades autônomas e, embora tais instituições talvez pudessem trabalhar bem em coordenação com os ministérios da Saúde, elas não poderiam estar sujeitas à direção deles. Outros delegados discordaram, destacando que todas as atividades em relação a saúde pública deveriam vir sob a direção da autoridade sanitária nacional, que na maioria dos casos era o ministério da Saúde. Vários delegados também enfatizaram que, como declarado na política e procedimento, os ministérios da Saúde deveriam identificar as instituições nacionais para designação como instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica e que não deveria ser permitido a tais instituições se autoindicar.

95. Sugeriu-se que o conceito de monitoramento deveria ser incorporado tanto no título como no conteúdo do procedimento proposto para identificar e designar as instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica, dado que o monitoramento era um importante componente dos planos de trabalho bienais a ser preparados pelas representações nos países da OPAS/OMS com as instituições interessadas. Enfatizou-se que os ministérios da Saúde deveriam desempenhar um papel de liderança monitorando as atividades das instituições nacionais reconhecidas sob a política e procedimento propostos. Foi destacado a importância de se estabelecer uma rede on-line de instituições nacionais para facilitar o intercâmbio de conhecimento e apoiar a cooperação técnica entre os países. Enfatizou-se que a informação sobre as instituições incluídas na rede deveria ser atualizada periodicamente.

96. Vários delegados pediram esclarecimentos sobre as diferenças entre os Centros Colaboradores da OMS e as instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica. Em particular, foi solicitado esclarecimento sobre a abrangência geográfica da ação de tais instituições nacionais e como os dois mecanismos técnicos de apoio seriam complementares e não redundantes.

97. A delegada do México sugeriu algumas alterações de editoração e acréscimos ao procedimento apresentado no Anexo A do documento e posteriormente apresentação destas sugestões à Repartição por escrito. Vários outros delegados manifestaram apoio às alterações propostas pela delegação mexicana.

98. O dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relações Externas, Captação de Recursos e Associações, RSPA) agradeceu aos delegados por suas observações e sugestões, que ajudariam a enriquecer a política e o procedimento propostos. Ele ressaltou que a proposta visava contribuir para a captação de recursos, especialmente recursos técnicos, no âmbito nacional e fortalecer as capacidades nacionais. Os ministérios da Saúde desempenhariam um papel-chave identificando as organizações e associações a serem designadas como instituições nacionais associadas à OPAS para cooperação técnica. Eles também desempenhariam um papel importante ao monitorar o trabalho de tais instituições. Com respeito à abrangência das instituições que poderiam ser reconhecidas como instituições nacionais associadas à OPAS, ele disse que algumas se dedicavam a atividades internacionais, mas a maioria trabalhava apenas em âmbito nacional. De fato, essa era uma das principais diferenças entre tais instituições e os centros colaboradores da OMS, que geralmente tinham uma abrangência muito mais internacional, e o procedimento para a designação deles era muito mais complexo que o procedimento proposto no Documento CE146/12, Rev. 1 que, ele enfatizou, era bem centrado no país.

99. A Diretora confirmou que o processo de identificar as instituições nacionais seria conduzido pelos ministérios da Saúde. Em resposta às observações sobre a definição formulada no parágrafo 34 do documento, ela disse que a referência à direção dos ministérios da Saúde se relacionava principalmente com o seu papel de estabelecer a política de saúde e prioridades no âmbito nacional e à sua liderança ao identificar as instituições em potencial a ser designadas como instituições nacionais para colaboração com a OPAS. O documento seria revisado para deixar isso claro. Recapitulando o histórico dos centros colaboradores da OMS, ela assinalou que a filosofia por trás da designação dos dois tipos de instituições era um tanto distinta. A ideia por trás dos centros colaboradores da OMS havia sido valer-se do conhecimento especializado das instituições da pesquisa existentes, na sua grande maioria localizados em países desenvolvidos, para evitar estabelecer instituições de pesquisa internacionais sob os auspícios da OMS. A finalidade da proposta da Repartição era identificar e fortalecer a capacidade das instituições nacionais nos países da Região que estavam colaborando com a OPAS na área de saúde pública. Como resultado desta designação, estas mesmas instituições poderiam com o tempo candidatar-se à designação de centros colaboradores da OMS, embora esse não fosse o objetivo primário da proposta. Ao que lhe constava, nenhuma outra região da OMS havia implantado um procedimento semelhante para identificar as instituições nacionais como parceiros de cooperação técnica, mas havia uma tendência crescente em todo o mundo no sentido de maior colaboração entre tais instituições e os ministérios da Saúde no

âmbito nacional, de modo que era possível que outras regiões seguissem as Américas estabelecendo um procedimento.

100. O Comitê aprovou a Resolução CE146/R.17, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma nova categoria de relacionamento com as instituições a serem conhecidas como Instituições Nacionais Associadas à Organização Pan-Americana da Saúde para Cooperação Técnica (INACO). Durante a discussão da resolução, o Comitê decidiu substituir a abreviatura em inglês NIAPTC pela sigla em espanhol INACO para facilidade de pronúncia.

Estratégia para redução de abuso de substâncias (documento CE146/13, Rev. 1)

101. O Comitê recebeu com satisfação os esforços da OPAS para abordar o problema do abuso de substâncias de uma perspectiva de saúde pública. No entanto, vários delegados manifestaram reserva sobre alguns aspectos da estratégia proposta. Sugeriu-se que, em vez de focar o abuso de substâncias, que era somente parte do problema, a estratégia deveria adotar um enfoque mais amplo e integrado e abordar a questão maior do uso prejudicial de substâncias psicoativas, seguindo o modelo da Estratégia Global da OMS para Reduzir o Uso Prejudicial do Alcool. Deste modo, propôs-se que o título da estratégia deveria ser mudado para “Estratégia Integral para Redução de Dependência e Uso Prejudicial de Substâncias Psicoativas”.

102. Vários delegados consideraram que era necessário esclarecimento conceitual para identificar precisamente a esfera de ação da saúde pública e o papel da OPAS com relação ao problema. Uma delegada, observando que, segundo a estratégia da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), “redução da demanda” significava prevenir o consumo inicial de drogas e tratar as consequências negativas sociais e para saúde decorrentes do abuso de drogas, assinalou que algumas das atividades contempladas na estratégia proposta da OPAS estavam fora da esfera de redução da demanda, que, junto com tratamento, deveria ser o foco da OPAS. Por exemplo, a identificação de alternativas para a produção e distribuição de drogas, pesquisa sobre o controle da oferta, desvio de drogas, medidas de descriminalização e sanções criminais e políticas de controle de drogas. Outro delegado, observando que a proposta requeria trabalho nas áreas de redução da pobreza e alternativas de sustento, assinalou que ambas as áreas estavam também fora da área de atuação e conhecimento especializado da OPAS. Também se considerou que era necessária uma revisão para esclarecer parte da linguagem do documento. O parágrafo 20 foi citado como sendo um exemplo.

103. Sugeriu-se que a estratégia deveria dar mais ênfase ao tratamento do abuso de substâncias de uma perspectiva da saúde pública. Foi assinalado, por exemplo, que a estratégia não abordava problemas como a falta de acesso a tratamento apropriado para pessoas com problemas de abuso de substâncias e estigmatização e exclusão social destes pessoas, nem considerava enfoques terapêuticos não médicos, como grupos de apoio. Foi

ressaltada a necessidade de um enfoque intersetorial para abordar tanto os determinantes sociais como as consequências sociais do abuso de substâncias. Enfoques nas comunidades para prevenção, tratamento e reabilitação eram também considerados essenciais. Um delegado ressaltou que a questão do abuso de substâncias deveria ser tratada em conjunto com o problema do uso prejudicial do álcool, visto que o álcool era a substância psicoativa mais amplamente usada.

104. O Comitê destacou a importância de assegurar coerência e complementaridade entre a estratégia proposta da OPAS e as iniciativas relacionadas de outras organizações nas Nações Unidas e os sistemas interamericanos, principalmente a estratégia continental para drogas adotada pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) em maio de 2010. Em particular, assinalou-se que a linguagem para a Área Estratégica 2, para prevenção universal, deveria ser harmonizada com linguagem semelhante dos documentos divulgados pela CICAD e Comissão de Entorpecentes das Nações Unidas. As referências a “redução de dano”, se incluídas, deveriam ser coerentes com os textos internacionalmente acordados, incluindo os da Assembleia Mundial da Saúde e Comissão Coordenadora de Programas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS).

105. Em vista das reservas expressas, o Comitê não se achava em condições de respaldar a estratégia proposta e, portanto, decidiu formar um grupo de trabalho para fazer um exame mais rigoroso da proposta e facilitar o consenso em uma proposta revisada a ser apresentada ao 50º Conselho Diretor.

106. O dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) tinha o prazer de informar que aparentemente havia consenso sobre a importância da questão e da necessidade de um enfoque de saúde pública. Tanto ele como a Diretora asseguraram ao Comitê que a Repartição pretendia coordenar seu trabalho estreitamente com o dos outros organismos das Nações Unidas e sistemas interamericanos e que a estratégia para redução do abuso de substâncias estava plenamente alinhada com as estratégias globais e regionais sobre o uso prejudicial do álcool, saúde mental e outras estratégias relacionadas.

107. Concordou-se que o grupo de trabalho começaria seus trabalhos o mais breve possível, realizaria consultas por via eletrônico e apresentaria suas recomendações sobre a estratégia em meados de julho para que uma versão revisada do documento pudesse ser preparada até 23 de julho de 2010.

Estratégia e Plano de ação para prevenção, controle e atenção da doença de Chagas (documento CE146/14, Rev. 1)

108. O Presidente chamou atenção ao Documento CE146/14, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

109. O Comitê Executivo expressou firme apoio à estratégia e plano da ação e elogiou a liderança da OPAS nos esforços regionais para prevenir e controlar a doença de Chagas. O Comitê recebeu com satisfação o progresso feito no combate à doença na Região, mas ressaltou a necessidade de esforço conjunto contínuo para atingir a meta de eliminação da doença de Chagas como um problema de saúde pública até 2015. Para isso, enfatizou-se a importância da vigilância contínua em áreas não endêmicas e áreas anteriormente endêmicas. Os delegados observaram que, assim como outras doenças tropicais negligenciadas, a doença de Chagas estava vinculada à pobreza e marginalização, e destacaram a conseguinte necessidade de atenção aos determinantes sociais e ambientais que haviam contribuído para sua persistência. Os delegados também enfatizaram a necessidade de intensificar esforços para prevenir a transmissão do *Trypanosoma cruzi* através das outras modalidades além do controle do vetor. Vários delegados comentaram que a transmissão por alimentos era um problema nos seus países.

110. Diversos delegados informaram sobre os esforços de seus países para combater a doença de Chagas, destacando a importância da participação comunitária, enfoques de atenção primária à saúde e ação intersetorial e interinstitucional. Foi enfatizada a necessidade de pesquisa, particularmente em resistência aos inseticidas e métodos de diagnóstico rápido de baixo custo, e de treinamento dos recursos humanos. Sugeriu-se que uma terceira meta em relação ao fortalecimento do treinamento de recursos humanos e programas de desenvolvimento e a estratégias de comunicação deveria ser acrescentada ao plano de ação. O treinamento e o incentivo à pesquisa foram identificados como papéis importantes da OPAS, assim como o apoio e cooperação para melhorar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos usados para tratar a doença de Chagas. Foi enfatizado, porém, que a OPAS deveria assegurar que a sua cooperação técnica aumentasse os esforços existentes e não duplicasse as atividades ou recursos.

111. Com o respeito especificamente à estratégia e ao plano da ação, um delegado sugeriu que o significado de “eliminação” deveria ser esclarecido e assinalou que a eliminação da doença de Chagas requeria não apenas a interrupção da transmissão do parasita, mas também diagnosticar e tratar todas as pessoas infectadas. Ele também salientou a necessidade de financiamento sustentável para atingir a meta de eliminação. Um outro delegado pediu esclarecimento do nível de financiamento necessário para executar a estratégia e o plano da ação, observando que a estimativa dada no Anexo C do documento (US\$ 2,5 milhões a US\$ 6 milhões) era muito ampla.

112. O dr. Rodolfo Rodríguez (Assessor Principal interino do Projeto de Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis da RSPA), em resposta às observações do Comitê, disse que a estratégia e o plano da ação faziam parte do esforço geral para combater todas as doenças negligenciadas, de acordo com a Resolução CE49.R19 (2009). A doença de Chagas continuava sendo um sério problema de saúde pública na Região (aproximadamente 41 mil casos e 12 mil mortos continuavam a ser notificados nas

Américas a cada ano) e, portanto, se considerava necessária uma estratégia e plano específico de ação para a doença. O projeto de resolução para o item oferecia a oportunidade de melhorar a conscientização sobre a doença e mobilizar apoio para sua eliminação como um problema de saúde pública. A Repartição acreditava que, com ação articulada e para apoiar os 21 países endêmicos, a meta poderia ser alcançada em cinco anos. Com respeito ao nível do financiamento necessário, os valores que figuravam do Anexo C eram estimativas da quantia necessária para cooperação técnica da OPAS durante um período de cinco anos: 2010 a 2015.

113. Ele recebeu com satisfação as informações fornecidas sobre os esforços dos países para o controle da doença de Chagas, que seriam úteis para o trabalho tanto da Repartição quanto de outros países. Em particular, o estabelecimento de metas intermediárias para uma fase de consolidação levando à eliminação, como havia sido o caso na Argentina, parecia um enfoque muito lógico. Ele havia escutado atentamente as observações dos delegados com respeito ao papel da OPAS e assegurou ao Comitê que a Organização apoiaria os países ao fortalecer suas capacidades de diagnóstico, treinar pessoal e garantir acesso oportuno a medicamentos para o tratamento da doença de Chagas.

114. A Diretora disse um dos principais objetivos da estratégia e plano da ação era dar mais prioridade à doença de Chagas nas agendas políticas dos países da Região. A doença havia se originado nas Américas e a Região tinha, portanto, responsabilidade de controlá-la e eliminá-la para deter a sua propagação a outras regiões. Uma reunião recente sobre doenças negligenciadas haviam destacado a necessidade de enfoques inovadores e mais financiamento e incentivos para pesquisa e desenvolvimento com relação à doença de Chagas. Novas ferramentas de diagnóstico e de tratamento eram necessárias porque, apesar dos anos de trabalho, não havia sido possível eliminar a doença com as ferramentas atualmente disponíveis. A Organização estava se preparando para lançar um prêmio para inovação com a intenção de promover o desenvolvimento de novas ferramentas e tecnologias para combater as doenças negligenciadas. O primeiro prêmio seria dado para inovações relacionadas especificamente ao controle da doença de Chagas. Além disso, a Organização havia realizado reuniões com parceiros para chegar a um acordo sobre um perfil de ferramentas de diagnóstico e de tratamento requeridas, e este perfil estava agora pronto para ser apresentado aos potenciais participantes de pesquisa e desenvolvimento.

115. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R14, recomendando que o 50º Conselho Diretor respaldasse a Estratégia e Plano da Ação para Prevenção, Controle e Atenção da Doença de Chagas.

Estratégia e Plano de ação para eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis congênita (documento CE146/15)

116. O Presidente destacou o Documento CE146/15 e passou a palavra para discussão.

117. O Comitê recebeu com satisfação o projeto de estratégia e plano de ação e elogiou a OPAS por sua liderança nos esforços de atingir a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita. Os membros do comitê respaldaram a meta de eliminação e expressaram esperança de que a adoção do projeto de resolução neste item ajudaria a mobilizar ação e apoio para seu avanço até 2015, que também contribuiria para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 4 (reduzir a mortalidade infantil), 5 (melhorar a saúde materna) e 6 (combater HIV/aids, malária e outras doenças). Assinalou-se que, embora fosse difícil prevenir outros modos de transmissão do HIV e da sífilis, porque isso requeria mudança de comportamento, prevenir a transmissão materno-fetal poderia ser facilmente conseguido com as ferramentas e os métodos existentes. Os profissionais da saúde pública, portanto, tinham obrigação de comprometer-se com a meta de eliminação para assegurar que nenhuma criança na Região nascesse com infecção pelo HIV ou sífilis. Vários delegados descreveram o que os seus países estavam fazendo para combater a transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita, sendo que vários deles comentaram que suas atividades eram compatíveis com as linhas de ação propostas na estratégia e plano de ação.

118. O Delegado do Suriname observou que médicos do Caribe haviam se reunido recentemente para discutir o tópico da prevenção do HIV e sífilis congênita e haviam identificado várias áreas que necessitavam de fortalecimento para atingir a meta de eliminação, incluindo algoritmos de teste e tratamento, validação de testes rápidos, identificação de um laboratório de referência regional, fortalecimento dos sistemas de monitoramento e avaliação, fortalecimento regulamentar para assegurar notificação adequada e humanitária e tratamento das pessoas infectadas, participação comunitária e estratégias convidativas receptivas aos clientes no nível primário e secundário de atenção de saúde e liderança pelos médicos do país nos esforços de eliminação.

119. A maioria dos delegados que falaram sobre o item expressou apoio a um enfoque integrado, mas uma delegada questionou se a integração dos serviços de pré-natal com os serviços de saúde sexual e reprodutiva e programas para prevenção e controle de infecções sexualmente transmissíveis (IST) era apropriado nos países em que a infecção pelo HIV e sífilis não eram generalizados, mas estavam concentrados em áreas geográficas ou grupos populacionais específicos. Ela sugeriu que um melhor enfoque seria assegurar que todas as mulheres grávidas fossem testadas para sífilis e tivessem oportunidade de fazer o teste voluntário para o HIV. A responsabilidade primária da prevenção do HIV e sífilis congênita deveria ser dos programas de atenção pré-natal, embora tais programas devessem coordenar os seus esforços com os de outros programas e serviços de saúde. Deste modo, ela propôs que o termo “integração” devesse ser substituído por “coordenação” na estratégia e plano de ação e no projeto de resolução sobre o item.

120. O Delegado do Brasil assinalou um erro nos dados apresentados no Documento CE146/15 com respeito a níveis de soropositividade da sífilis no país dele, e vários

delegados apresentaram sugestões de melhorias para as linhas de ação propostas e indicadores de monitoramento. Uma delegada sugeriu substituir o termo “transmissão materno-fetal” por “transmissão vertical” no título da estratégia e plano da ação, mas outros assinalaram que os dois termos significavam a mesma coisa e o Comitê por fim decidiu manter o termo “transmissão materno-fetal”.

121. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) observou que as observações do Comitê manifestavam um firme compromisso para pôr fim ao flagelo da transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita, que fazia parte da agenda inconclusa dos problemas de saúde que poderiam ser prevenidos com as ferramentas e intervenções atualmente disponíveis. Ela aceitou as sugestões do Comitê com respeito ao documento e o projeto de resolução, que ajudaria a fortalecer ambos.

122. A dra. Kathleen Israel (Coordenadora interina do Projeto de Prevenção, Tratamento e Atenção do HIV/IST da RSPA) explicou que a Repartição tinha escolhido deliberadamente se referir à “integração” na estratégia e plano da ação em vez de “coordenação” pois se considerou que era através da integração que os programas seriam sustentáveis nos contextos de recursos humanos e financeiros limitados. No entanto, a Repartição examinaria os méritos dos dois conceitos.

123. A Diretora esclareceu que o que foi proposto era a integração de atividades para a prevenção e controle do HIV/aids e DST em serviços de pré-natal, saúde sexual e reprodutiva e outros serviços relacionados e não necessariamente a integração dos serviços de saúde, que era um empreendimento mais complexo. A Repartição esclareceria o que queria dizer com “integração” no documento e projeto de resolução.

124. O esclarecimento anterior foi posteriormente incorporado ao projeto de resolução, que foi aprovado pelo Comitê como Resolução CE146.R15, na qual o Comitê recomendava que o 50º Conselho Diretor respaldasse a estratégia e plano de ação.

Desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde em sistemas de saúde baseados na atenção primária (documento CE146/16)

125. O Presidente destacou o Documento CE146/16 e passou a palavra para discussão.

126. O Comitê elogiou a estratégia descrita no documento, observando que a renovação da atenção primária à saúde implicava necessariamente em uma ênfase renovada ao adaptar e ampliar as competências profissionais do pessoal da saúde. A impressão era que a estratégia ajudaria os países a alinhar a formação de seus profissionais da saúde com as necessidades de saúde da população. A ênfase da estratégia no uso de novos métodos e tecnologias de ensino era também recebida com satisfação. Vários delegados salientaram a necessidade de formação do pessoal da área de saúde em todos os níveis no controle de doenças crônicas não transmissíveis, dado que os estudos e a experiência indicavam que os

profissionais da saúde no nível de atenção primária à saúde atualmente não tinham plena competência para prestar a assistência necessária.

127. Vários delegados descreveram o que os próprios países estavam fazendo para melhorar as competências de seus profissionais da saúde. Entre as iniciativas estavam acordos entre o ministério da Saúde e universidades, às vezes em outros países, para apoiar as competências em saúde pública. No entanto, assinalou-se que tal enfoque era muito caro e as delegações, portanto, receberam com satisfação a ênfase da estratégia de criar redes de ensino em toda a Região, o que permitiria aos países partilhar cursos e programas on-line a um baixo custo ou nenhum custo, embora também se assinalasse que o idioma pudesse ser uma barreira ao uso de tais redes. Um delegado, referindo-se ao parágrafo 20 do Documento CE146/16, pediu esclarecimento sobre como “modelos de competências profissionais” e “redes de aprendizagem” eram definidos pela OPAS e solicitou mais informações sobre a ideia de sistemas de incentivos. Ele também expressou preocupação na referência no parágrafo 20 a “bens públicos globais” e à partilha de recursos educacionais abertos, e enfatizou a necessidade de respeitar os direitos autorais e outros aspectos de proteção da propriedade intelectual. Ele sugeriu que a referência aos bens públicos deveria ser suprimida do parágrafo 1 do projeto de resolução.

128. Alguns delegados informaram que os seus países já estavam usando um enfoque permanente de educação, e alguns estavam estabelecendo um campus virtual próprio, semelhante, mas de abrangência mais modesta, que o descrito na estratégia. Um delegado, observando que seu país não tinha os recursos necessários para começar um campus virtual, disse que, em vez disso, estava treinando profissionais da saúde nos locais centrais e enviando-os a áreas remotas onde, junto com suas responsabilidades médicas, eles também treinariam mais pessoal. Sugeriu-se que a OPAS deveria examinar mais a fundo como fortalecer atividades de capacitação nos Estados Membros nas áreas de e-learning e outras técnicas de ensino à distância. Um delegado, observando que a estratégia requeria o uso de métodos de e-learning direcionado a todas as entidades no sistema de saúde, assinalou que poderia ser difícil executar tal enfoque em países com sistemas federais, visto que os currículos das faculdades de medicina, enfermagem e escolas de saúde pública, e seus requisitos e normas, eram estabelecidos pelas autoridades subnacionais.

129. Foi também sugerido que a estratégia proposta deveria enfatizar a importância de incluir métodos educacionais e de treinamento com base científica, principalmente no caso dos métodos que usavam novas tecnologias de informação e de comunicação. Quando se introduziam novas tecnologias, deveriam ser realizadas avaliações apropriadas para determinar sua eficácia. Além disso, a estratégia deveria reconhecer que diferentes competências profissionais poderiam requerer diferentes métodos de aprendizagem. Assinalou-se que os padrões nacionais com frequência requeriam que alguns profissionais da saúde realizassem tarefas que poderiam ser feitas por outros profissionais de um nível inferior de competências, e foi sugerido que estratégias para melhorar as competências dos

profissionais da saúde também deveriam assegurar que os níveis de competências profissionais fossem alinhados à complexidade de tarefas a serem realizadas. Também foi sugerido que diferentes distribuições de algumas categorias de profissionais da saúde e o desenvolvimento de novas categorias deveriam talvez ser metas estratégicas.

130. Vários delegados observaram que o documento de política não fazia qualquer menção à necessidade de fortalecer a sensibilidade às questões culturais e sociais entre o pessoal da atenção primária à saúde que trabalhavam, por exemplo, com comunidades indígenas.

131. O dr. Charles Godue (Assessor Principal em Recursos Humanos para a Saúde, RSPA) explicou que a estratégia proposta fazia parte de um processo do fortalecimento dos sistemas de saúde, em particular através da renovação da atenção primária à saúde, com o objetivo de proporcionar acesso generalizado a serviços de saúde de qualidade. A estratégia também tinha o propósito de fazer uma contribuição para a melhoria necessária no planejamento de recursos humanos, que tinha três objetivos principais: permitir às autoridades sanitárias que baseassem seu planejamento de recursos humanos nas necessidades efetivas como demonstrado pelos perfis epidemiológicos dos países, melhorar a produtividade dos recursos humanos e promover o desenvolvimento de recursos educacionais abertos que poderiam ser intercambiados entre os países, permitindo assim uma economia de escala e maior cobertura dos programas de aprendizagem. Um benefício importante da estratégia era que ela permitiria aos profissionais da saúde aprender e melhorar as suas competências profissionais sem a necessidade de sair dos lugares onde eles viviam e trabalhavam.

132. Em resposta à observação sobre a barreira do idioma, ele informou que, embora a maioria dos materiais já estava disponível em espanhol, havia planos para também desenvolver um campus virtual em inglês. O primeiro passo seria identificar as instituições nos diversos países que poderiam fazer as melhores contribuições à uma massa crítica de materiais didáticos. Respondendo à preocupação manifestada com respeito ao uso de recursos abertos, ele explicou que o campus virtual usava plataformas abertas. A meta era vincular tanto as plataformas de propriedade como abertas para permitir que operassem como um sistema em que os países poderiam partilhar as suas experiências. A proteção da propriedade intelectual esta disposta na licença de Comunidade Criativa, que permitia que recursos em comum fossem reutilizados e modificados contanto que o crédito fosse dado aos autores e os materiais não fossem usados para fins lucrativos. Os países com recursos limitados, portanto, poderiam obter acesso aos materiais e o conhecimento elaborado nos países mais ricos.

133. Quanto à pergunta sobre os incentivos, ele disse que a ideia era incentivar os profissionais a melhorar as suas competências profissionais, dando tempo livre fora do trabalho para participar de iniciativas educacionais e concedendo a eles créditos de

educação contínua ao participarem delas. A ideia fundamental era promover a educação permanente e criar conexões entre os setores acadêmico e de serviços de saúde para buscar soluções comuns aos problemas enfrentados pelo setor de serviços de saúde.

134. O Comitê aprovou a Resolução CE146/R.8, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse a Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde.

Saúde, segurança humana e bem-estar (documento CE146/17)

135. O Comitê acolher positivamente a oportunidade de debater o assunto da saúde, segurança humana e bem-estar, mas pediu esclarecimentos e manifestou preocupações com respeito a algumas das ideias e propostas apresentadas no documento conceitual e no projeto de resolução sobre o item. Os membros concordaram com a importância e a atualidade da questão da segurança humana, mas achavam que era necessário mais trabalho para definir o conceito e a sua relação com a saúde e a fim de esclarecer qual deveria ser o papel da OPAS com respeito ao assunto. Uma delegada foi de opinião que era inapropriado que se referir à “relação entre a saúde e segurança humana”, como no parágrafo 13 e em outro ponto no documento, já que a saúde era parte integrante da segurança humana. Assim, o foco da Organização deveria ser identificar os problemas ou fatores relacionados com a saúde que contribuíam para a segurança humana. Uma outra delegada advertiu contra ampliar o conceito da saúde e segurança humana até o ponto em que ficaria difícil traduzi-lo em orientações concretas de política e outras aplicações práticas.

136. Vários delegados observaram que algumas das questões e ações mencionadas no documento estavam além da esfera de ação da saúde pública e assinalaram que muitas das questões da saúde pública discutidas no documento já estavam sendo abordadas sob o Plano Estratégico 2008–2012 e em resoluções, estratégias e planos de ação adotados pelos Órgãos Diretivos havia alguns anos, como os da mudança climática, violência, igualdade de gênero, saúde mental, doenças negligenciadas, nutrição, vacinação, prontidão para situações de desastres, HIV/aids e o Regulamento Sanitário Internacional. O desenvolvimento de uma estratégia de política e plano de ação como proposto na resolução poderia, portanto, ser redundante e duplicar os esforços existentes. Sugeriu-se que, em disso, o conceito de segurança humana deveria ser integrado nas diversas áreas de trabalho da Organização e se assinalou que tal enfoque estaria de acordo com a natureza multidimensional e multisetorial da questão. Contudo, alguns delegados opinaram que poderia ser apropriado elaborar uma política para saúde e segurança humana com o objetivo de promover maior compreensão do conceito e facilitar sua incorporação nos quadros de referência, resoluções, estratégias e planos de ação existentes.

137. Uma delegada disse que qualquer alteração decorrente da adoção do projeto de resolução deveria ser aplicada a um orçamento e plano estratégico futuros a fim de evitar a

necessidade que emendar o orçamento atual e o Plano Estratégico 2008–2012, assim como evitar também a necessidade de alinhar qualquer alteração com o orçamento para programas da OMS e o Programa Global de Trabalho.

138. A delegada do México, referindo-se ao parágrafo 21, solicitou que o contexto fosse incorporado ao documento para permitir uma melhor compreensão da situação em Ciudad Juárez.

139. O dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) agradeceu aos delegados por suas observações e sugestões e disse que a Repartição, em consulta com os Estados Membros, trabalharia para esclarecer o conceito de segurança humana e como este se relacionava ao trabalho da OPAS. A este respeito, ele acreditava que era necessário fazer a diferenciação entre segurança sanitária e segurança humana, que era um conceito mais amplo. Ele assegurou ao Comitê que a Repartição não tinha intenção de iniciar um programa novo sobre segurança humana, mas sim queria fortalecer os programas e iniciativas existentes que abordavam assuntos em relação a segurança humana.

140. A Diretora disse que o principal objetivo da Repartição havia sido buscar orientação de política dos Órgãos Diretivos sobre o enfoque que a Organização deveria adotar com relação à questão da segurança humana, que, como o Comitê havia assinalado, havia sido discutido pelos Órgãos Diretivos no contexto de diversas resoluções mas não havia sido o tópico de uma análise minuciosa por si só. Ela confirmou que não era intenção da Repartição desenvolver uma nova estrutura ou programa, mas integrar a segurança humana como uma orientação de política transversal nas políticas existentes.

141. O projeto de resolução neste item foi modificado atendendo às observações e às recomendações do Comitê e foi aprovado como Resolução CE146.R18, no qual o Comitê recomendava que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma resolução convocando a Diretora, entre outros, a explorar a possibilidade de desenvolver diretrizes políticas e ferramentas metodológicas para integrar o enfoque de segurança humana e sua relação com saúde em programas e atividades da Organização.

Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica (documento CE146/18)

142. O Presidente destacou o Documento CE146/18 e passou a palavra para discussão.

143. O Comitê elogiou os esforços da OPAS para reduzir a desnutrição crônica e apoiou o enfoque multissetorial com base científica estabelecido no documento. Considerou-se que a estratégia abordaria tanto os determinantes como os efeitos da desnutrição crônica e ajudaria a eliminar um problema de saúde que continuava sendo de modo preocupante prevalente em partes da Região. No entanto, o Comitê sugeriu várias maneiras pelas quais

a estratégia e o plano de ação poderiam ser melhorados. Por exemplo, foi sugerido que o conceito de desnutrição crônica como sinônimo de retardo do crescimento deveria ser revisto, pois este último poderia ser decorrente de uma infecção ou outro problema de saúde ocorrido durante o período perinatal ou na primeira infância. Além disso, foi sugerido que deveria ser especificado o padrão de referência sendo usado para definir baixa estatura para idade.

144. Várias sugestões foram também feitas no que se referia às metas, objetivos e indicadores no plano de ação, que, na opinião de alguns delegados, necessitava revisão para permitir avaliar o impacto da cooperação técnica e intervenções no nível nacional para a redução da desnutrição crônica. Uma delegada, observando que a obesidade infantil estava aumentando a um ritmo alarmante, sugeriu que a estratégia e plano da ação deveriam abordar tanto o excesso de alimentação como a desnutrição e que o projeto de resolução neste item deveria ser modificado de acordo. Outros sugeriram que a Repartição deveria reconsiderar o uso do índice de pobreza extrema como único critério para definir “municípios vulneráveis” e que a prevalência de retardo do crescimento também deveria ser levada em consideração. O mesmo delegado questionou se as estimativas financeiras no Anexo A do documento seriam suficientes para atingir as metas e os objetivos formulados no plano de ação. Uma terceira delegada propôs que, no Objetivo 1 do plano de ação, deveria ser considerar que alguns países já possuíam políticas, planos e programas para nutrição, saúde e desenvolvimento e deveria, portanto, ser feita referência ao fortalecimento das iniciativas existentes. Sob o Objetivo 2, ela sugeriu que deveriam ser acrescentadas algumas atividades que visavam abordar as deficiências dos sistemas de vigilância, e sob o Objetivo 6, deveria ser incorporada uma referência à formação de parcerias estratégicas com iniciativas regionais existentes.

145. Destacou-se a importância do monitoramento e avaliação do progresso sob o plano de ação e dos programas nacionais e iniciativas e se sugeriu que os processos de avaliação deveriam incluir várias instituições para assegurar uma avaliação objetiva e independente. A Repartição foi incentivada a formar uma equipe técnica interna para apoiar os países em seus processos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Vários delegados informaram sobre os programas e as experiências dos próprios países para melhorar a nutrição e ofereceram partilhar seu conhecimento especializado com a Repartição e com outros países da Região.

146. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) assinalou que a desnutrição crônica era, como várias das outras questões discutidas pelo Comitê, parte da agenda de saúde pública inconclusa. Ela havia prestado bastante atenção às observações e sugestões do Comitê e as incorporaria na versão revisada da estratégia e plano da ação a ser apresentada ao 50º Conselho Diretor. Ela observou que o documento de fato identificava a prevenção e redução do sobrepeso e obesidade como uma das metas

da estratégia, mas disse que mais ênfase seria dada a este aspecto da desnutrição na versão revisada do documento e no projeto de resolução.

147. Em resposta à sugestão com respeito à formação de um grupo interno para apoiar o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação, ela disse que a equipe interorganizacional para nutrição e desenvolvimento a que ela tinha se referido anteriormente (ver parágrafo 53 acima) estava trabalhando para apoiar os países ao aplicar um enfoque integrado de ciclo de vida que abordava os determinantes sociais da desnutrição. A Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento para o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio estava também apoiando os países neste esforço. O fortalecimento dos sistemas de informação e vigilância e de monitoramento e avaliação fazia parte deste trabalho. Com respeito ao orçamento para a implantação do plano de ação, ela esclareceu que o valor de US\$ 4,6 milhões mencionado no Anexo A do documento destinava-se a financiar apenas o trabalho da Repartição e somente nas etapas iniciais. A Repartição pretendia usar ao máximo os recursos existentes no âmbito nacional e a colaboração da OPAS com parceiros no quadro de referência da Aliança Pan-americana e iniciativas interinstitucionais semelhantes também ajudaria a assegurar que o trabalho contemplado pudesse ser realizado com o nível proposto do financiamento.

148. Com respeito ao retardo do crescimento, ela explicou que baixa estatura para idade era considerado o marcador por excelência para desnutrição pois refletia a influência dos diversos fatores no estado de nutrição, inclusive desnutrição materna e nível de escolaridade, atendimento pré-natal, dieta e práticas de criação dos filhos.

149. A dra. Chessa Lutter (Assessora Regional em Alimentação e Nutrição, RSPA) disse que o padrão de referência para estatura para idade era o padrão publicado pela OMS em 2006. Esta informação seria acrescentada ao documento.

150. A Diretora assegurou ao Comitê que a Organização estava trabalhando para prevenir e reduzir tanto a desnutrição com o excesso de alimentação. Ela recordou que, quando os Órgãos Diretivos haviam discutido a questão do sobrepeso e obesidade no contexto de doenças crônicas, havia sido dada atenção à necessidade de não negligenciar a questão da desnutrição crônica, que continuava sendo um sério problema entre as populações pobres rurais na Região, principalmente entre as populações indígenas. De fato, a desnutrição crônica era o problema mais vergonhoso da agenda inconclusa de saúde nas Américas. A Região era a maior exportadora de alimentos do mundo e ainda assim não havia conseguido acabar com os problemas de fome e desnutrição crônica. E isso era urgente porque a desnutrição tinha consequências que iam além do seu impacto para a saúde dos indivíduos em questão. Era um problema que era passado de geração em geração: mães desnutridas davam à luz a crianças desnutridas, que tinham menos capacidade de aprender e encontrar emprego produtivo e, portanto, tinham capacidade

inferior de gerar renda, que tinha repercussões sociais de grande alcance e comprometia a capacidade de desenvolvimento dos países.

151. A falta de sucesso em superar o problema era devida em parte à fragmentação dos esforços das muitas organizações envolvidas com o combate à desnutrição. O simples número de programas e projetos realizados ao longo dos anos havia limitado seu impacto. Por isso a Organização estava buscando, através da Aliança Pan-americana para Nutrição e Desenvolvimento, articular uma estratégia comum e coordenada os recursos humanos, financeiros e técnicos necessários para apoiar os países para estabelecer políticas e mecanismos que teriam real impacto.

152. As lições aprendidas da experiência anterior indicavam que vários elementos eram importantes para o sucesso. Sobretudo estava a vontade política de alto nível e um compromisso por parte de todos os setores e interessados diretos para acabar com a desnutrição crônica. Os instrumentos de proteção social, como transferências condicionais de dinheiro e ajuda econômica para alimentos às famílias de baixa renda poderiam ser medidas temporárias úteis, mas mais importante eram as iniciativas locais de desenvolvimento que visavam dar mais autonomia às famílias e comunidades e permitir que elas atingissem q autossuficiência alimentar.

153. Várias emendas, inclusive referências aos problemas de sobrepeso e obesidade, foram introduzidas no projeto de resolução sobre este item, que o Comitê Executivo aprovou como Resolução CE146.R12, recomendando que o 50º Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

Fortalecimento dos programas de vacinação (documento CE146/19, Rev. 1)

154. O Presidente destacou o Documento CE146/19, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

155. O Comitê confirmou a importância e a eficácia da vacinação como uma ferramenta essencial de saúde pública e manifestou firme apoio ao Programa Ampliado de Imunização e o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS, que havia ajudado a garantir o acesso equitativo às vacinas a um custo acessível. Também apoiou os esforços da OPAS para fortalecer os programas nacionais de vacinação com o objetivo de atingir níveis de cobertura de vacinação de 95% ou superiores e manter as conquistas passadas no que se referia ao controle de doenças evitáveis por vacina, ao mesmo tempo que também trabalhava para atingir novos sucessos. Destacou-se a necessidade de maior vigilância dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI) para tranquilizar as preocupações do público quanto às vacinas e manter confiança nos programas de vacinação.

156. Uma delegada indagou se a vacina contra o papilomavírus humano estava atualmente disponível através do Fundo Rotatório. Um outro delegado reiterou à OPAS que apoiasse os países qualificados a obter acesso aos benefícios disponíveis através da Aliança GAVI. A delegada do México informou que, devido ao aperfeiçoamento da capacidade interna de produção de vacinas, seu país esperava alcançar a autossuficiência na provisão de vacinas até 2012 e expressou esperar que o avanço pudesse contribuir para o alcance das metas regionais de vacinação. O delegado da Argentina disse que seu país estava também trabalhando para fortalecer sua capacidade de produção de vacinas.

157. Um delegado sugeriu que a referência à vacinação como um bem público deveria ser retirada do projeto de resolução sobre este item, pois não havia nenhuma definição internacionalmente acordada do termo “bem público”. Outros delegados, citando os sucessos impressionantes da Região ao erradicar, eliminar e controlar as doenças evitáveis por vacina, argumentaram que a vacinação era inquestionavelmente um bem público. O Comitê concordou ao final manter a referência à vacinação como um bem público, mas fez uma ressalva, mudando a redação do terceiro parágrafo da introdução, como segue: “Reconhecendo que alguns Estados Membros determinaram que a vacinação é um bem público ...”.

158. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) disse que, como o Comitê havia observado, a vacinação havia levado à erradicação e eliminação de diversas doenças, que por sua vez havia produzido reduções significativas da mortalidade infantil. Era por esse motivo que era considerado um bem público. Os sucessos da Região ao controlar as doenças evitáveis por vacina eram atribuíveis principalmente aos Estados Membros. O compromisso dos governos da Região com o avanço de ampla cobertura de vacinação e a tradução deste compromisso no investimento em programas nacionais de vacinação, havia feito das Américas um modelo para o mundo. O apoio de diversos parceiros multilaterais e bilaterais também havia sido crucial.

159. A Organização tinha estado trabalhando estreitamente com a Aliança GAVI desde o seu início e continuaria fazendo assim. Era uma grande satisfação que os países da América Latina e Caribe agora tinham um defensor, na pessoa do dr. Guillermo González, ex-ministro da Saúde da Nicarágua, no Comitê da Aliança GAVI. A OPAS estava pronta para apoiar o dr. González como estivesse ao seu alcance.

160. A Diretora observou que os Estados Membros teriam uma oportunidade em setembro de comemorar as realizações da Região na área da vacinação durante a celebração do 30º. aniversário da erradicação da varíola e do estabelecimento do Fundo Rotatório (ver parágrafos 285 a 287 abaixo). Ela reconheceu o papel crucial que diversos parceiros haviam desempenhado nestas conquistas, incluindo os governos da Espanha, Estados Unidos e outros; March of Dimes e Fundação Bill e Melinda Gates; os parceiros na Iniciativa ProVac; os membros do Grupo Técnico Assessor Regional para Doenças

Evitáveis por Vacinas e produtores de vacinas. Ela destacou a importância para a Organização, Estados Membros de maneira individual e os produtores de vacinas de trabalhar juntos para manter a confiança do público nos programas de vacinação e na segurança e eficácia das vacinas.

161. O Comitê aprovou a Resolução CE146.R7, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma resolução respaldando os programas nacionais de vacinação como um bem público e apoiando a Estratégia Regional para Vacinação, sua visão e objetivos.

Plano de ação para hospitais seguros (documento CE146/20)

162. O Presidente destacou o Documento CE146/20 e passou a palavra para discussão.

163. O Comitê Executivo expressou firme apoio ao plano de ação e elogiou a OPAS por seus esforços para melhorar a capacidade dos hospitais da Região de adaptação a desastres. Vários delegados descreveram o trabalho em andamento nos seus países para melhorar a segurança dos edifícios e instalações hospitalares, incluindo treinamento e conscientização sobre a necessidade de hospitais seguros, a criação de redes para avaliar a segurança dos hospitais nacionais e estratégias para melhorar o uso do Índice de Segurança Hospitalar. Outros descreveram exercícios incluindo a avaliação de hospitais com base no Índice de Segurança, sendo que vários delegados observaram que havia dado a credibilidade necessária para persuadir políticos e funcionários graduados da área financeira que eram precisas mudanças e melhorias. Também foi informado que em alguns países com planos para construção de hospitais nos próximos anos, seria aplicado o Índice para garantir a segurança do projeto e construção. Assinalou-se que, mesmo nos países que não estavam sujeitos a furacões ou terremotos, os efeitos da mudança climática ainda ameaçavam a integridade dos edifícios hospitalares.

164. Os delegados salientaram a necessidade de cooperação técnica para possibilitar aos países da Região executar o plano de ação e partilhar suas experiências e boas práticas, e enfatizaram que o treinamento seria um elemento-chave em tal assistência técnica. O delegado dos Estados Unidos sugeriu que a OPAS deveria mobilizar a assistência de especialistas técnicos e deveria promover o intercâmbio de informações e treinamento na construção de hospitais seguros e disse que seu país prestaria de bom grado apoio técnico nesse sentido. O delegado do Haiti, acolhendo favoravelmente o plano de ação, observou que os hospitais haitianos em geral haviam sido construídos com vistas a prevenir danos de furacões, mas não de terremotos, que antes de janeiro de 2010 não haviam representado um grande problema: o último terremoto a causar prejuízos em Porto Príncipe havia sido havia 200 anos. Ele solicitou estudos mais aprofundados sobre como construir hospitais que resistiriam tanto a furacões como a terremotos.

165. O dr. Jean-Luc Poncelet (Gerente de Área, Prontidão em Emergências e Assistência Humanitária em Desastres, RSPA) agradeceu ao Comitê pelo seu apoio da

iniciativa de hospitais seguros. Ele observou com satisfação que a situação estava mudando: no passado, havia existido grande disposição de ajudar em situações que causaram mortes e feridos, mas pouco interesse em preveni-las. Com a iniciativa dos hospitais seguros, os governos estavam agora mais dispostos a investir na prevenção para assegurar que os hospitais continuariam fornecendo as suas funções vitais depois de um desastre. Para dar mais incentivo aos Estados Membros, a Repartição estava considerando a possibilidade de estabelecer um prêmio para reconhecer os países que haviam feito avanços na execução de boas práticas na área de segurança hospitalar. A prêmio serviria de incentivo aos países para partilharem suas experiências e conhecimentos especializados a fim de melhorar segurança hospitalar.

166. A Diretora acrescentou que um quarto de um século após o terremoto do México que havia destruído grande parte de seus hospitais, era surpreendente que uma necessidade tão óbvia como a de ter hospitais resistentes a desastres ainda estivesse em discussão. O prêmio anual proposto assim como outros incentivos ajudariam a dar mais visibilidade à questão.

167. Ela assinalou que era crítico que as autoridades sanitárias negociassem mais intensivamente com bancos e instituições financeiras para obter financiamento adequado para a construção de hospitais, pois ainda havia muitos planos para construir hospitais que não cumpriram com os padrões mínimos necessários. Melhorias eram necessárias em relação aos códigos de construção dos países e na área de seguro para infraestrutura pública, que atualmente estava disponível somente nos Estados Unidos e Canadá. Havia também necessidade de coordenação mais estreita com arquitetos, projetistas e construtores para garantir a segurança dos edifícios hospitalares e para parcerias com a comunidade acadêmica, que havia desenvolvido importantes trabalhos em segurança hospitalar.

168. O Comitê aprovou a Resolução CE146.R6, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse o Plano de Ação para Hospitais Seguros.

Saúde e direitos humanos (documento CE146/21, Rev. 1)

169. O Presidente destacou o Documento CE146/21, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

170. O Comitê recebeu com satisfação o documento conceitual, que fazia uma contribuição valiosa à análise da complexa relação entre a saúde e os direitos humanos e à proteção dos direitos relacionados com a saúde. Considerou-se que o documento também seria de grande valor para direcionar a resposta da OPAS à crescente demanda de cooperação técnica com os Estados Membros sobre assuntos relacionados à saúde e direitos humanos. Os delegados confirmaram o compromisso de seus governos com o princípio, sancionado na Constituição da OMS, de que todos têm direito ao grau máximo

de saúde que se pode alcançar. No entanto, assinalou-se que, embora alguns países reconheçam este direito nas suas constituições e legislação, não era um direito de cumprimento legal de acordo com a lei nacional de todos os países, em particular naqueles em que a responsabilidade da saúde estava sob a jurisdição do nível subnacional do governo.

171. O Comitê expressou concordância geral com o conteúdo do documento conceitual e apoio ao projeto de resolução sobre o item. No entanto, foram sugeridas várias melhorias e emendas em ambos. Vários delegados consideraram que a definição de “grupo vulnerável” deveria ser revisada. Assinalou-se que, em vez de se referir aos “grupos vulneráveis”, o documento conceitual deveria usar o termo de preferência usado pelos organismos internacionais de direitos humanos: grupos em situação de vulnerabilidade. Também foi considerado que o documento não deveria se referir especificamente aos “grupos mais vulneráveis”, visto que todos estes grupos enfrentavam algum grau de desvantagem com respeito ao exercício dos seus direitos relacionados com a saúde. Vários delegados acharam que a lista de tais grupos contida no parágrafo 13 do documento conceitual deveria ser ampliada para incluir crianças, inclusive os recém-nascidos, e migrantes, inclusive migrantes sem documentos. Uma delegada sugeriu que as minorias étnicas, raciais e de populações pobres, vítimas da violência, refugiados, prisioneiros e detentos, homens que fazem sexo com homens, indivíduos bissexuais e transgênero e profissionais do sexo também deveriam ser incluídos.

172. Considerou-se que as descrições das relações básicas entre a saúde e direitos humanos nos parágrafos 8 a 10 do documento conceitual eram por demais gerais, visto que poderiam se aplicar a qualquer um, não apenas aos grupos vulneráveis. Também foi sugerido que a seção de antecedentes do documento deveria conter mais informações sobre documentos anteriores da OPAS e sobre outros documentos vinculados à proposta apresentada. Uma delegada, observando que o documento conceitual continha diversas referências a um “enfoque baseado nos direitos humanos” nos programas e trabalho normativo da OPAS, enfatizou que o trabalho da OPAS deveria ser sobretudo fundamentado em dados científicos.

173. Sugeriu-se que, além das disposições de caráter obrigatório dos instrumentos de direitos humanos referidas no documento conceitual, deveria ser considerada a interpretação destas disposições, por exemplo, nas observações gerais feitas pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e nos relatórios da Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Também se assinalou que os instrumentos de direitos humanos mencionados no documento não se aplicavam uniformemente a todos os Estados Membros.

174. Diversas emendas ao projeto de resolução foram apresentadas, refletindo as sugestões feitas com relação ao documento conceitual e ao trabalho da OPAS no que se referia à saúde e direitos humanos.

175. O sr. Javier Vásquez (Assessor, Escritório de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos, RSPA) observou que o tema da saúde e direitos humanos havia sido um tópico de discussão pelos Órgãos Diretivos e foco do trabalho da Repartição e das autoridades sanitárias nacionais por cerca de uma década. Havia sido um desafio para a Repartição tentar reproduzir este trabalho em um breve documento conceitual e ele agradeceu as sugestões do Comitê com respeito às melhorias necessárias. Ele assinalou que o mandato para o trabalho da OPAS nesta área estava disposto no Plano Estratégico 2008–2012, especificamente o OE7 (Considerar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhorem a igualdade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero) e RER 7.4 (Enfoques à saúde baseados em direitos humanos e ética promovidos dentro da OPAS/OMS e em âmbito nacional, regional e global). Com respeito à inclusão de outros grupos vulneráveis além dos relacionados no documento conceitual, ele explicou que os grupos mencionados no documento estavam incluídos porque haviam sido objeto de resoluções anteriores dos Órgãos Diretivos em relação a saúde e direitos humanos. Portanto, a Organização já tinha um mandato no que se referia a estes grupos.

176. A Diretora disse que não seria prudente tentar incluir uma lista abrangente de todos os grupos em situação de vulnerabilidade porque alguns deles estavam sujeitos a ficar da lista. Por esse motivo, a Repartição havia decidido incluir apenas os grupos que haviam sido objeto de resoluções anteriores da OPAS. A Repartição se esforçaria em esclarecer a justificação desta decisão na versão revisada do documento conceitual a ser apresentado ao Conselho Diretor.

177. Na opinião dela, uma questão em particular que tinha de ser abordada no contexto do trabalho da Organização em relação à saúde e direitos humanos era a dos direitos dos pacientes. Vários países da Região haviam desenvolvido, ou estavam planejando desenvolver, códigos de direitos dos pacientes e a OPAS estava recebendo um número cada vez maior de solicitações de cooperação técnica nesta área.

178. Em resposta à observação com respeito ao caráter de base científica do trabalho da OPAS, ela assinalou que um enfoque de direitos humanos era às vezes mais eficaz que dados puramente epidemiológicos para comunicar informações de saúde aos profissionais de outras área que não a da saúde e ao público em geral. Por exemplo, a OPAS havia passado muitos anos tentando combater, por meio de comprovação científica, o mito de que os cadáveres poderiam causar epidemias após um desastre, e ainda assim a mídia e, às vezes, autoridades públicas haviam continuado a insistir que cadáveres representavam uma séria ameaça à saúde pública. Quando a Organização havia decidido abordar a questão de uma perspectiva dos direitos humanos, chamando atenção para a importância de identificar os mortos e aos direitos culturais e religiosos tanto do morto quanto dos familiares sobreviventes, havia sido muito mais bem sucedida. Logo, um enfoque de direitos

humanos às vezes poderia melhorar políticas e intervenções de saúde pública com base científica.

179. Em vista das muitas emendas sugeridas ao projeto de resolução, o Comitê decidiu formar um grupo para elaboração de documento com a liderança da delegação do México a fim de se chegar a um consenso sobre uma versão revisada da resolução. O texto revisado produzido por este grupo foi adotado pelo Comitê como Resolução CE146.R16.

Situação dos Centros Pan-Americanos (documento CE146/22)

180. O Presidente destacou o Documento CE146/22 e passou a palavra para discussão

181. A delegada do Suriname observou que o documento declarava que o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) seria fortalecido para atender às necessidades dos Estados Membros; porém, também declarava que o laboratório do CAREC apoiaria principalmente atividades de vigilância, que, ela assinalou, não estavam em harmonia com as necessidades dos Estados Membros. Os Estados Membros na sub-região do Caribe haviam indicado de modo claro e reiterado que uma das funções do CAREC deveria ser servir de laboratório de referência credenciado para a sub-região, pois não havia outro laboratório de referência no Caribe.

182. A delegada do Canadá disse que seu governo estava colaborando com a OPAS para fortalecer tanto o CAREC como o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) durante a transição ao Organismo do Caribe de Saúde Pública (CARPHA). Como parte deste esforço, a Agência de Saúde Pública do Canadá estava trabalhando estreitamente com a Organização para fortalecer a capacidade laboratorial do CAREC.

183. O dr. Carlos Samayoa-Castillo (Assessor Principal, Desenvolvimento Institucional, RSPA) disse que um dos objetivos principais da criação do CARPHA era otimizar o uso dos recursos dos diversos centros para o Caribe, inclusive os centros administrados pela OPAS, CAREC e CFNI, para atender às necessidades dos países da sub-região, como apoio laboratorial, e melhorar sua viabilidade financeira.

184. A dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA), observando que a criação do CARPHA era uma iniciativa dos países da Comunidade do Caribe, disse que todas as funções do CAREC seriam transferidas ao CARPHA. Ela assegurou ao Comitê que a OPAS estava fornecendo todo o apoio necessário para facilitar a transição ao CARPHA.

185. A Diretora assinalou que, sob o acordo estabelecendo o CAREC, o principal foco do seu laboratório era a vigilância epidemiológica, não serviços de laboratório clínico. Como uma instituição de saúde pública, o CAREC nunca havia tido capacidade de atender todas as necessidades do laboratório clínico e de referência de seus Estados Membros e, portanto, havia sempre trabalhado como parte de uma rede, colaborando com outros

laboratórios, principalmente os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos, mas também com os laboratórios da rede do Institut Pasteur e laboratórios no Canadá, Cuba e outros países. A Repartição havia recomendado ao grupo que estava supervisionando o estabelecimento do CARPHA que considerasse a possibilidade de implantar um mecanismo para ajudar os Estados menores do Caribe e aqueles com capacidade mínima em âmbito nacional a, por exemplo, cobrir o custo de transporte de amostras laboratoriais. Do ponto de vista da Repartição, tal mecanismo era necessário para assegurar que todos os Estados tivessem igual acesso aos serviços do CARPHA.

186. O Comitê aprovou a Resolução CE146.R9, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma resolução tomando nota da transferência com êxito da administração do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) ao Conselho Diretor do Instituto, e reiterando aos Estados Membros para que continuassem a colaborar com a Repartição para avaliar se os Centros Pan-Americanos continuavam a oferecer a modalidade mais apropriada e eficaz de cooperação técnica e para identificar outras modalidades da operação e, quando apropriado, transferir sua administração e operações aos Estados Membros ou organizações sub-regionais.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação de cotas (documento CE146/23 e CE146/23, Add. I)

187. A sra. Linda Kintzios (Assessora Principal e Tesoureira, Sistemas e Serviços Financeiros, RSPA), observando que o Documento CE146/23, Add. I, fornecia informação sobre as cotas de contribuição até 14 de junho de 2010, informou que após essa data a Organização havia recebido outros pagamentos, de US\$ 12.850.242 do Canadá, US\$ 12.197 da Costa Rica e US\$ 38.463 do Paraguai. A arrecadação atual das cotas foi de US\$ 24,1 milhões, ou 24% do total devido para 2010, um aumento em comparação a 2009 e 2008, quando somente 14% e 19% das cotas do ano corrente haviam sido recebidos na abertura do Comitê Executivo. No entanto, somente 16 Estados Membros haviam até agora efetuado os pagamentos das suas contribuições de 2010. Onze dos 16 já haviam pagado na íntegra.

188. Como resultado da estratégia da Diretora para aumentar a taxa de recebimento das contribuições estimadas e o compromisso demonstrado dos Estados Membros, mais de 78% dos pagamentos atrasados haviam sido quitados, deixando um saldo pendente de somente US\$ 7,1 milhões. A arrecadação combinada das cotas atrasadas e das contribuições do ano atual até o momento totalizavam US\$ 49,3 milhões, em comparação com US\$ 38 milhões no mesmo ponto em 2009. Os Estados Membros haviam aproveitado as diversas opções disponíveis para o cumprimento de seus compromissos financeiros com a Organização, incluindo o pagamento em moeda local, pagamento parcelado e planos de pagamento a prazo. Todos os Estados Membros com planos de pagamento a prazo estavam

em conformidade com seus termos e nenhum Estado estava potencialmente sujeito ao Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

189. A Diretora observou que a estratégia de permitir aos Estados Membros com pagamentos atrasados adotar um plano de pagamento a prazo, que havia sido iniciado na Região havia cerca de 10 anos, havia demonstrado ser muito positivo, possibilitando aos Estados Membros cumprir com as suas obrigações mesmo em épocas de dificuldade financeira. Ela queria saudar em especial os esforços feitos pelos governos da Argentina, Cuba e Peru, todos os quais estavam perto da conclusão dos seus planos de pagamento. O cumprimento dos planos havia reduzido a incerteza financeira para a Organização, que havia tido um efeito muito positivo sobre o trabalho e planejamento. Era digno de menção que, apesar das dificuldades financeiras dos dois últimos anos, os Estados Membros haviam cumprido com as suas obrigações com a Organização.

190. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R1, agradecendo os Estados Membros que já haviam efetuado os pagamentos para 2010 e reiterando aos outros Estados Membros que pagassem suas contribuições devidas o quanto antes.

**Relatório financeiro do Diretor e relatório do Auditor Externo para 2008–2009
(Documento oficial 337 e documento CE146/24, Rev. 1)**

191. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê não havia discutido o atual Relatório Financeiro do Diretor para 2008–2009 porque em março o Auditor Externo ainda não havia concluído o exame das contas da Organização. No entanto, o Subcomitê havia recebido um resumo e havia sido informado de que o orçamento ordinário para programas da Organização para o biênio estava plenamente financiado, devido em parte ao fato de que a receita diversa para o biênio havia sido mais alta que o previsto, e que o Fundo de Capital de Giro estava plenamente financiado em US\$ 20 milhões, o limite máximo autorizado. O Subcomitê havia manifestado satisfação que a Organização havia concluído o biênio com um orçamento ordinário para programas plenamente financiado, apesar das dificuldades econômicas e financeiras globais dos últimos anos. Assinalou-se que, se estava previsto que o nível da receita excedente para o biênio seria pequeno ou não existente, a Organização precisaria ser o mais prudente possível no uso dos fundos da conta tipo holding.

192. O sr. Esteban Alzamora (Contador Principal, RSPA) apresentou um resumo da situação financeira da Organização, que estava descrita em mais detalhes no Documento Oficial 337. Ele informou que a Organização havia concluído o biênio de 2008–2009 com um excedente de receita do orçamento ordinário em relação aos gastos de US\$ 4,2 milhões. Sessenta e cinco por cento do orçamento ordinário total para o biênio havia sido usado para salários de pessoal e benefícios. Os gastos totais do orçamento ordinário haviam sido de US\$ 195,4 milhões. Os gastos do orçamento ordinário, fundos de reserva e

outros fundos haviam totalizado US\$ 547 milhões; os gastos da alocação da OMS à Região e outros fundos da OMS haviam sido de US\$ 145 milhões; e as atividades de compra em nome dos Estados Membros haviam sido de US\$ 689 milhões.

193. Em relação à receita, as cotas de contribuição haviam sido equivalente a US\$ 191,3 milhões para 2008–2009. A Organização havia de fato recebido US\$ 158,9 milhões em pagamentos atuais do biênio e US\$ 35,4 milhões por anos anteriores. Depois da transferência de US\$ 11,2 milhões ao Fundo de Equalização Tributária, as contribuições líquidas haviam sido de US\$ 183,1 milhões. O nível de receita diversa havia alcançado US\$ 23,5 milhões em 2008–2009, excedendo a cifra orçada de US\$ 17,5 milhões. A Organização havia recebido US\$ 50,5 milhões para a compra de provisões estratégicas de saúde pública pelo Fundo Rotatório Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública (o Fundo Estratégico), US\$ 29,2 milhões para compras via o Fundo Reembolsável de Compras e US\$ 666 milhões para compra das vacinas e seringas via o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas. Os fundos de reserva para os programas de saúde pública de vários anos haviam alcançado um total de US\$ 325 milhões no biênio. O nível dos recursos de Outros Fundos da OPAS havia permanecido estável em US\$ 60 milhões. O financiamento total da OMS havia aumentado para US\$ 144,4 milhões, um aumento de 20% em relação ao biênio anterior. O Fundo de Capital de Giro estava plenamente financiado em US\$ 20 milhões.

194. O Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e o Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) haviam concluído o biênio com um excedente de receita em relação aos gastos de US\$ 667 mil e US\$ 336 mil, respectivamente. A situação financeira do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá para 2008–2009 e nos 21 primeiros dias de janeiro mostrou receita do orçamento ordinário de US\$ 1,47 milhão, e gastos de US\$ 1,61 milhão, resultando em um déficit de US\$ 140 mil. O Instituto havia deixado de ser administrado pela OPAS no dia 21 de janeiro de 2010.

195. O sr. Damian Brewitt (Representante do Auditor Externo) apresentou o Relatório do Auditor Externo em nome do Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte. Ele tinha o prazer de confirmar que a auditoria das demonstrações financeiras não havia revelado deficiências ou erros considerados relevantes à precisão ou integralidade. Por conseguinte, o Auditor Externo havia publicado um parecer de auditoria sem reservas. Além disso, a RSPA havia respondido de maneira apropriada às recomendações mais importantes da auditoria anterior. Os resultados financeiros globais indicavam que a OPAS havia conseguido responder bem à turbulência nos mercados financeiros e a proteger o capital excedente separado para investimento.

196. Em 2010, a OPAS produziria demonstrações financeiras anuais em total conformidade com as IPSAS, o que daria aos Estados Membros melhores informações financeiras, demonstrando claramente o desempenho para o ano e dando uma boa imagem

de ativos e passivos. A OPAS estava fazendo grandes avanços em direção à execução das IPSAS, mas tal importante mudança representava um risco à Organização, e o Auditor Externo trabalharia estreitamente com a administração para examinar os preparativos. Este apoio incluiria uma auditoria do formato e conteúdo de uma declaração provisória para dar feedback antes da preparação das contas anuais.

197. O prazo atual para a certificação das demonstrações financeiras era 14 de abril, que seria uma meta difícil de ser cumprida. A OPAS não deveria subestimar o impacto no volume de trabalho do pessoal de finanças e deveria assegurar que os recursos suficientes estivessem disponíveis para apoiar a transição. Além disso, deveriam ser feitas as melhorias necessárias aos sistemas financeiros da Organização.

198. A provisão da cobertura de seguro médico pós-serviço representava uma importante obrigação futura. De acordo com as atuais políticas contábeis, esta obrigação não era divulgada no balanço geral, mas com a implementação das IPSAS teria de ser incluída na íntegra. A OPAS havia obtido um cálculo atuário de US\$ 181 milhões para obrigação em potencial, o que destacava a importância de ter um plano de longo prazo para cumprir com estas obrigações quando forem devidas nos anos vindouros.

199. Na área de governança, a OPAS havia estabelecido um Comitê de Auditoria (ver parágrafos 37 a 44 acima), que teria um papel-chave a desempenhar ao supervisionar a preparação das demonstrações financeiras e a transição às IPSAS, e também deveria ter um papel na seleção de um novo Auditor Externo no fim do presente mandato. O Escritório de Auditoria do Reino Unido não buscaria ser renomeado, visto que segundo as boas práticas deveria haver uma rotação de prestadores externos de auditoria. No entanto, se a OPAS não conseguisse encontrar um auditor substituto, então o escritório dele estaria disposto a continuar prestando serviços.

200. Na opinião do Auditor Externo, boa governança requeria gestão de risco efetiva, sendo um importante componente o desenvolvimento de um registro para identificar e monitorar riscos. A OPAS deveria estabelecer um registro de risco com alcance de toda a Organização, centrando-se em um número pequeno e manejável de riscos estratégicos de alto nível que poderiam afetar a realização do programa de atividade acordado. A Organização também deveria produzir uma “declaração de controle interno”, ou seja, uma afirmação feita pelo chefe de uma organização que assumia responsabilidade pessoal pela manutenção dos controles internos ao longo do ano. A declaração deveria incluir uma avaliação do ambiente geral de controle, complementada por uma opinião anual por parte da função de supervisão interna. Deveria destacar qualquer pontos fracos de controle e as ações empreendidas para reduzi-los, melhorando assim a prestação de contas da administração e a transparência das operações.

201. A auditoria havia englobado 10 visitas a países e visitas a centros sub-regionais. Assinalou-se que a OPAS havia fortalecido a supervisão das representações nos países e

melhorado o controle financeiro no âmbito local. No entanto, a documentação e retenção de comprovantes ainda poderiam ser melhoradas na área de compra. As visitas de auditoria aos escritórios sub-regionais haviam identificado os riscos associados ao atraso na separação planejada da OPAS do CAREC e CFNI e a necessidade de formular um cronograma claro. O relatório também salientou a necessidade de assegurar que as contribuições tanto do CAREC como do CFNI fossem arrecadadas sem demora; as quantias atualmente em atraso eram significativas à saúde financeira destas instituições.

202. O Auditor Externo havia realizado uma auditoria em separado das demonstrações financeiras do Instituto de Nutrição para América Central e Panamá (INCAP) e não havia encontrado deficiências ou erros considerados relevantes à precisão. O déficit de US\$ 140 mil era devido principalmente a custos adicionais da extensão do período contábil até 21 de janeiro de 2010 e havia sido financiado do Fundo de Capital de Giro, que desde então havia sido reposto com fundos recebidos em 2010. O Auditor Externo havia identificado alguns riscos à saúde financeira do Instituto, em particular uma diminuição nas contribuições voluntárias e na receita de projetos, tendências que provavelmente refletiam a incerteza do período pré-separação. Em termos gerais, porém, o Auditor Externo havia chegado à conclusão de que a transição havia sido gerida satisfatoriamente e os balanços dos fundos transferidos corretamente.

203. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o relatório da boa saúde financeira da Organização e, em particular, o parecer de auditoria sem reservas, o que demonstrava que a gestão cuidadosa dos recursos haviam permitido à Organização superar a crise financeira sem sofrer grandes perdas financeiras. Estava claro que a imagem da OPAS como um parceiro financeiro confiável era a principal razão para as grandes contribuições voluntárias à Organização, em particular o importante aumento no financiamento para a compra de vacinas e outras provisões em nome dos Estados Membros.

204. Uma delegada se disse preocupada com o grande montante que precisaria ser reservado para financiar os benefícios futuros do pessoal e indagou se a OPAS contemplava criar um fundo de reserva para esta finalidade como estavam fazendo outros organismos do sistema das Nações Unidas. Ela também respaldou plenamente a observação do Auditor Externo com respeito ao impacto no volume de trabalho do pessoal de finanças. A auditoria cautelar em novembro seria um grande passo para identificar os riscos e adotar medidas corretivas. Além disso, visto que a execução das IPSAS era responsabilidade não apenas da Repartição mas também dos Estados Membros, e considerando a recomendação do Auditor Externo de manter os Estados Membros informados, ela sugeriu que fosse realizado um seminário para países sobre as implicações das IPSAS. Ela também apoiava todas as recomendações do Auditor Externo sobre a gestão de riscos.

205. Um outro delegado respaldou as recomendações do Auditor Externo com respeito à atualização dos sistemas de notificação financeira e a implementação das IPSAS. Uma terceira delegada chamou atenção especialmente à recomendação do Auditor Externo sobre a atenção contínua para a supervisão e controles internos eficazes, principalmente nos escritórios de campo.

206. O sr. Alzamora aceitou a sugestão com respeito ao estabelecimento de um fundo de reserva para os benefícios futuros do pessoal. A RSPA estava examinando a viabilidade deste conceito; o primeiro passo seria calcular o volume necessário de tal reserva. Ele também aceitou a sugestão de um seminário sobre as IPSAS, que seria uma maneira de os Estados Membros saberem como as demonstrações financeiras da Organização seriam no futuro.

207. A Diretora recebeu com satisfação as observações positivas do Comitê sobre o sucesso da Organização de sair incólume da crise financeira. Ela considerou que a contratação pela RSPA de um profissional de investimentos para apoiar e orientar o trabalho do Comitê de Investimentos havia sido uma decisão prudente. Ela observou que a distribuição regional dos recursos da OMS havia melhorado para o benefício da Região das Américas, e reiterou aos Estados Membros da OPAS que faziam parte do Conselho Executivo da OMS que continuasse a insistir por uma distribuição justa dos recursos.

208. Era com satisfação que a OPAS recebia um parecer de auditoria sem reservas ao final de um período muito difícil, incluindo a transferência da responsabilidade da administração do INCAP ao seu próprio Conselho Diretor. Ela assegurou ao Comitê que a Repartição consideraria minuciosamente todas as recomendações do Auditor Externo, principalmente nas áreas de gestão de riscos e controles internos. A Repartição estava monitorando muito estreitamente a situação dos três Centros Pan-Americanos. Avanços constantes haviam sido feitos para reduzir o déficit no CFNI e, no caso dos dois Centros do Caribe, a OPAS também tinha tido êxito ao preservar a confiança dos seus parceiros, que continuavam contribuindo para os projetos. As contribuições voluntárias também haviam continuado a ser feitas ao INCAP durante o período de transição, que era um sinal de boa augúrio para a futura sustentabilidade financeira do Instituto.

209. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R2, autorizando, em vista do excedente de receita em relação aos gastos, uma transferência da conta tipo holding de um adicional de US\$ 2,0 milhões para a reposição do Fundo Mestre de Investimentos de Capital, de acordo com a Resolução CSP27.R19 (ver parágrafos 215 a 221 abaixo para mais discussão sobre este assunto).

Processo para a designação do Auditor Externo da OPAS para 2012–2013 e 2014–2015 (documento CE146/25)

210. A sra. Linda Kintzios (Assessora Principal e Tesoureira, Serviços Financeiros e Sistemas, RSPA) recordou que o processo para a designação do Auditor Externo havia sido inicialmente apresentado aos Órgãos Diretivos e aprovado pelo Conselho Diretor em 2006. Quando o processo havia prosseguido para os biênios 2008–2009 e 2010–2011, somente uma indicação havia sido recebida. Sendo assim, ela queria incentivar todos os Estados Membros a fazerem indicações de auditores de renome internacional – um conceito definido no documento – com experiência em auditorias em um ambiente pluricultural e multilíngue.

211. Na discussão do Comitê Executivo sobre este item, propôs-se que a RSPA poderia considerar a possibilidade de adotar um único mandato de seis anos não renovável para o Auditor Externo, que ofereceria um equilíbrio entre continuidade e um grau razoável de rotatividade e seria propício para manter independência.

212. A sra. Kintzios, observando que alguns organismos das Nações Unidas haviam adotado tais disposições, disse que a Organização examinaria a viabilidade da proposta, mas precisaria saber de fato se o mandato não seria renovável, se receberia indicações apropriadas para o seguinte. Senão, a Organização poderia se ver sem um auditor externo.

213. A Diretora observou que a prática da Organização havia sido nomear um Auditor Externo por dois biênios, mas que consideraria a nova proposta antes da publicação do convite para a indicação de candidatos.

214. O Comitê tomou nota do item.

Plano Diretor para Investimentos de Capital (documento CE146/26)

215. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado um relatório sobre os projetos financiados sob o Fundo Mestre de Investimentos de Capital no nível regional e nacional e considerado uma solicitação da Diretora para a transferência de um adicional de US\$ 2 milhões de excedente de receita em relação aos gastos do Orçamento Ordinário para Programas para 2008–2009 ao Mestre Fundo de Investimentos de Capital. Na discussão que se seguiu, os membros do Subcomitê haviam confirmado que o Fundo Mestre de Investimentos de Capital constituía um meio sólido de financiar os investimentos necessários em infraestrutura e havia recomendado que o Comitê Executivo aprovasse a solicitação da Diretora.

216. No entanto, alguns delegados haviam sugerido que era necessária uma análise mais detalhada do trabalho em alguns dos projetos sob o Fundo. Havia sido assinalado, por

exemplo, que em vários casos não havia indicação clara do montante que havia sido gasto, em comparação com o que havia sido orçado. Também havia sido sugerido que seria útil ter uma visão abrangente dos projetos de tecnologia da informação financiados com o Fundo Mestre de Investimentos de Capital, os financiados com a conta tipo holding e o trabalho sendo proposto para atualizar o Sistema de Gestão Institucional da RSPA, em vez de considerar estes projetos sob três títulos separados. O Subcomitê também havia solicitado mais informações sobre os danos às instalações da OPAS causados pelos terremotos no Haiti e Chile e sobre os planos para melhoria da segurança física em todas as dependências da OPAS.

217. O sr. Edward Harkness (Gerente de Área, Operações de Serviços Gerais, RSPA) resumiu as revisões que haviam sido feitas ao relatório em resposta às observações do Subcomitê. Em particular, se referiu a um Plano Diretor de Investimentos de Capital, que abarcava tanto os projetos sob o Fundo Mestre de Investimentos de Capital como os projetos a serem financiados com a conta tipo holding. Além disso, no Anexo que apresentava os projetos para o biênio de 2010–2011, os projetos sob o Subfundo de Bens Imóveis e Equipamentos e os sob o Subfundo de Tecnologia da Informação haviam sido combinados para mostrar sua complementaridade, como solicitado por vários Estados Membros.

218. Uma delegada disse que, embora o documento havia sido melhorado, ainda havia algumas áreas em que a informação não estava clara. O sr. Harkness respondeu dizendo que melhorias seriam feitas na próxima versão do documento.

219. Em resposta à solicitação de informação sobre o dano às propriedades da OPAS nos recentes grandes terremotos, ele disse que, no Chile, haviam sido tomadas providências para realocar o escritório do Representante da OPAS/OMS em um edifício localizado próximo à propriedade da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas (CEPAL), que também tinha o benefício de um aluguel a um custo reduzido. O escritório da OPAS no Haiti tinha duas partes e o foco atual era fortalecer a parte mais nova, uma extensão construída havia cerca de 10 anos. Esperava-se que o pessoal pudesse fazer a mudança de volta dos escritórios temporários atuais nos edifícios portáteis àquela parte do edifício em cerca de três meses. Depois disso, seria realizado um estudo dos custos e benefícios relativos ao conserto e melhorias da parte mais antiga, um edifício de 1910, ou à sua demolição. Grande parte do trabalho seria financiado com o Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

220. A Diretora recordou que, no caso do Chile, havia uma reserva orçamentária para projetar um novo edifício na propriedade alocada pelo governo, próxima à propriedade da CEPAL. Como o Chile agora tinha um novo governo, a OPAS estava examinando a proposta antes de buscar confirmação do compromisso para fornecer os recursos para o novo edifício. Ela também informou que, em dois meses, começaria o trabalho para a reforma de um edifício alocado pelo governo do Uruguai, que incluiria um andar

designado para a representação nos países da OPAS/OMS e para o Centro Latino-americano para Perinatalogia (CLAP) e, em agosto, o governo do Suriname inauguraria novos escritórios da OPAS.

221. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Estado dos projetos financiados com a conta holding da OPAS (documento CE146/27)

222. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) fez saber que o Subcomitê havia sido informado da situação dos projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para o financiamento com a conta tipo holding e havia examinado as mudanças propostas aos níveis de financiamento autorizados para 2010–2011. No entanto, os membros de Subcomitê haviam considerado de modo geral que não havia informação suficiente sobre os projetos para permitir que fizessem qualquer recomendação ao Comitê Executivo. Por exemplo, embora os perfis de vários projetos mostravam que uma fração do orçamento original aprovado havia sido gasta, não havia informação sobre o que concretamente havia sido feito. Em outros casos, financiamento adicional estava sendo solicitado, mas não havia nenhuma indicação de onde pudesse vir. O Subcomitê também havia achado que, visto que a taxa de execução de projetos havia sido bastante baixa, era necessária mais explicação sobre atrasos ou falta de progresso. Havia sido assinalado que, em alguns casos, projetos sob o Fundo Mestre de Investimentos de Capital eram identificados como em necessidade de financiamento extra com a conta tipo holding, mas os valores apresentados nos relatórios sobre o Fundo e a conta não coincidiam. O Subcomitê havia sugerido que deveriam ser esclarecidos os tipos de projetos a serem financiados com cada uma destas duas fontes.

223. Havia sido acordado que, para possibilitar ao Subcomitê fazer recomendações ao Comitê Executivo, a Repartição forneceria a informação necessária sobre as razões para as somas adicionais sendo solicitadas, resolveria discrepâncias financeiras entre os diversos documentos e reuniria mais informações de que o Subcomitê precisasse. O Subcomitê realizaria então uma outra discussão por via eletrônica. A Repartição posteriormente estabeleceu um website para esta finalidade e o resultado do processo eletrônico de consulta estava exposto no Documento CE146/27.

224. O sr. Román Sotela (Assessor Principal, Gestão do Orçamento e Programa da RSPA) informou que, depois da sessão do SPBA, havia sido realizada uma reunião interna com todos os autores dos perfis de projetos para abordar as questões levantadas pelo Subcomitê. Como resultado, o documento foi reelaborado: os perfis de projetos passaram a incorporar vinculações ao Plano Estratégico e foram ampliadas as observações para explicar as razões para a execução lenta da primeira fração e as atividades esperadas para a segunda. Além disso, foram eliminadas discrepâncias nos valores de financiamento.

225. O Comitê Executivo expressou agradecimento pelas melhorias no documento, que estava mais informativo que a versão apresentada ao Subcomitê. Uma delegada, observando que a Repartição até o presente tinha feito o uso muito prudente dos fundos na conta, perguntou se havia uma visão de longo prazo sobre o uso dos recursos da conta tipo holding.

226. O sr. Sotela conjecturou que, dependendo do resultado da discussão dos sistemas de informação da Organização (ver parágrafos 60 a 79 acima), um possível curso de ação poderia ser destinar alguns dos fundos na conta tipo holding para financiar este esforço, que seria bem dispendioso.

227. A Diretora acrescentou que a disponibilidade dos fundos na conta tipo holding poderia ser uma ocorrência única, decorrente de circunstâncias financeiras insólitas de um determinado biênio. Por conseguinte, a Repartição estava bastante ciente de que não deveriam ser usados os fundos para começar projetos que gerariam custos recorrentes, mas eles deveriam financiar projetos que tornariam o trabalho da Organização mais eficaz e permitiriam fazer mais com o mesmo nível de recursos. O projeto 3(a) sob a conta tipo holding, de US\$ 1 milhão, havia sido realizar estudos preliminares para a modernização do sistema de informação para a gestão da RSPA. Como resultado deste projeto, algumas opções definitivas poderiam agora ser apresentadas ao Conselho Diretor. Uma vez que o Conselho havia selecionado uma opção, a Repartição depois apresentaria ao SPBA uma nova proposta para o caminho adiante. Os fundos na conta tipo holding seriam uma maneira possível de financiar a realização. Poderiam não ser suficientes para cobrir todo o custo, mas pelo menos permitiriam à Organização dar o próximo passo no processo.

228. Uma outra área em que poderia ser prudente investir seria assegurar a continuidade das operações da Organização. Ela recordou uma época no começo do ano em que as más condições de tempo havia causado interrupções do fornecimento elétrico, rupturas na tubulação de água e falhas de computadores, justo quando a Organização estava trabalhando intensivamente para melhorar a situação pós-terremoto no Haiti. Isso havia servido de advertência de que a Organização necessitava de sistema substitutos e de reserva para assegurar a continuidade em situações de crise.

229. O Comitê Executivo tomou nota do relatório e aprovou as mudanças propostas nos níveis de financiamento autorizado para o período de 2010–2011.

Análise da taxa cobrada nas compras de provisões da saúde pública para os Estado Membros (documento CE146/28, Rev. 1)

230. A sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) resumiu a informação apresentada no Documento CE146/28, Rev. 1, sobre os mecanismos de compra da Organização, chamando atenção aos grandes aumentos nos montantes de recursos passando por estes fundos. Ela explicou que desde o início do mecanismo de

Compras Reembolsáveis em 1951, um encargo de 3% havia sido estimado no custo líquido dos itens comprados. De acordo com a Resolução CD28.R36 (1981), este encargo era creditado à Conta Especial para Gastos de Apoio a Programas para cobrir uma porção dos custos relacionados com a administração do mecanismo de compra. Em contraste, desde o início do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas, o encargo de 3% cobrado dos Estados Membros havia sido designado para a conta de capitalização do Fundo, aumentando assim o montante de financiamento disponível para os Estados Membros para a compra de vacinas e provisões relacionadas. De modo semelhante, o encargo de 3% estimado no custo líquido dos artigos comprados através do Fundo Estratégico era usado para a conta de capitalização do Fundo. Como para o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas, nenhuma porção do encargo de 3% era usada para cobrir os custos, inclusive de pessoal, relacionados com compras.

231. Considerando o notável crescimento nas atividades de compra da Organização, a RSPA propôs que a taxa de 3% fosse aumentada para 3,5%, com 0,5% a mais sendo creditado à Conta Especial para Gastos de Apoio a Programas. As receitas adicionais poderiam financiar mais postos para apoiar as atividades de compra. Outros organismos das Nações Unidas que facilitavam a compra em nome de seus Estados Membros e parceiros cobravam encargos entre 4% e 5%. Portanto, mesmo com o aumento proposto de 0,5%, a OPAS ainda estaria cobrando um dos encargos mais baixos do sistema das Nações Unidas.

232. O Comitê Executivo reconheceu o valor dos serviços de compra da OPAS e apoiou em geral o aumento proposto do encargo para estes serviços, mas alguns delegados questionaram se um aumento de 0,5% seria suficiente. Vários delegados observaram que os fundos na Conta Especial para Gastos de Apoio a Programas cobriam apenas uma porção pequena dos salários do pessoal que trabalhavam diretamente em compra e gerenciamento de provisões, e enfatizaram que atividades como a compra em nome dos Estados Membros, que era financiada por fontes de receita voluntária e outras fontes extraorçamentárias, não deveria ser subsidiada desproporcionalmente fora do orçamento ordinário. Pediu-se esclarecimento sobre o motivo pelo qual nenhum encargo estimado no caso do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas e o Fundo Estratégico havia até o presente sido retido para o apoio de programas, mas em vez disso havia sido posto integralmente em capitalização de fundos. Assinalou-se que o mecanismo de Compra Reembolsável não havia crescido significativamente nas últimas décadas, enquanto que os outros dois mecanismos haviam aumentado substancialmente e se sugeriu que o mecanismo mais antigo poderia ser fundido a um dos outros dois.

233. Uma delegada sugeriu que o aumento proposto de 0,5% poderia ser aceito provisoriamente e que o Comitê poderia voltar a examinar a questão em um futuro próximo, após um estudo pela Repartição para determinar os custos gerais corretos das atividades de compra e projeções de aumentos futuros de custos. Um outro delegado

propôs que o encargo deveria ter aumentado a 4%, sendo o segundo 0,5% de aumento usado para ajudar a financiar a modernização do sistema de informação para a gestão da RSPA (ver parágrafos 60 a 79 acima). Uma terceira delegada sugeriu a combinação das duas propostas: concordar com um aumento de 1% e solicitar à Repartição que examine os custos reais mais estreitamente. Assinalou-se que o projeto de resolução sobre este item não indicava quando um aumento do encargo estimado entraria em vigência e a resolução foi posteriormente emendada de acordo.

234. A sra. Frahler confirmou que os fundos na Conta Especial para Gastos de Apoio a Programas não cobriam todo o custo de administrar as atividades de compra da Organização. No entanto, ela explicou que a OPAS via as suas atividades de compra como parte da cooperação técnica que oferecia aos seus Estados Membros. Embora procurasse obter o melhor preço possível para provisões médicas ao fazer a compra em nome dos Estados Membros, não era objetivo da Organização insistir no reembolso de todos os custos implicados nisto. No entanto, a Repartição estaria preparada para realizar um estudo para determinar os custos reais de tais atividades, que incluíam não apenas custos associados aos departamentos diretamente envolvidos em compra e gerenciamento de provisões, mas também os custos para o pessoal que trabalhava no orçamento para programas, gestão de recursos financeiros, assuntos legais e outras áreas.

235. Passando às razões para o tratamento diferenciado do encargo estimado para os três mecanismos de compra, ela explicou que, quando o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas havia sido criado em 1977, havia sido estabelecido o princípio de que o encargo estimado seria creditado na sua totalidade à conta de capitalização, porque as regulamentações de alguns governos da Região não permitiam pagamento antecipados para produtos ou serviços. A RSPA era, portanto, capaz de emprestar o financiamento a tais governos da conta de capitalização, fazer a compra com o Fundo propriamente dito e recuperar o capital emprestado em 60 dias. Alguns Estados Membros, portanto, tinham acesso a vacinas e seringas que de outra forma talvez não conseguissem obter. Com o estabelecimento do Fundo Estratégico em 1999, havia sido criada uma estrutura diferente e muito complicada, que logo provou ser impraticável. Os Estados Membros haviam solicitado uma estrutura semelhante ao do fundo de vacina e, em 2005, a Diretora decidiu que o enfoque mais simples era fazer duas estruturas semelhantes.

236. Com respeito à pergunta sobre a existência independente contínua do mecanismo de Compras Reembolsáveis, ela explicou que ele havia sido estabelecido originalmente em 1951 para comprar todos os tipos de equipamentos médicos. Quando os dois fundos rotatórios foram posteriormente estabelecidos, a compra de vacinas e de provisões estratégicas de saúde pública, respectivamente, foi passada a estes fundos, levando a uma redução do uso do fundo original. A RSPA poderia certamente considerar a possibilidade de fundir um dos outros dois fundos, mas o mecanismo de Compras Reembolsáveis ainda

era amplamente usado para a compra de ambulâncias, equipamentos laboratoriais e outros materiais médicos que não se enquadravam realmente sob os dois fundos rotatórios.

237. A Diretora acrescentou que o mercado de compra nos anos cinquenta havia sido muito diferente do presente. Alguns países não tinham nem mesmo fornecedores de certos produtos médicos e tinham dificuldades ou achavam exorbitantemente caro importá-los. Portanto, o mecanismo havia certamente desempenhado um papel importante. No presente ele era usado menos, embora houvesse ajudado, por exemplo, em uma grande compra de ambulâncias em 2009. Ela assinalou que o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas, em particular, também havia beneficiado a indústria farmacêutica, pois pedidos grandes e garantidos permitiam à indústria fazer planos para o futuro e previsões precisas do mercado.

238. Além disso, os dois fundos rotatórios haviam produzido benefícios para todos os Estados Membros, além de reduzir os custos das compras de saúde pública. Quando não eram usados para pré-financiar a compra das provisões, os aproximadamente US\$ 60 milhões nas contas de capitalização eram somados à carteira de investimentos da Organização, contribuindo assim para o grande aumento de receitas diversas no biênio anterior. Embora as taxas de juros houvessem diminuído no presente biênio, ter um maior volume de fundos para investir havia permitido à Organização sobreviver relativamente ileso durante o período de crise financeira.

239. Ela concordou que era importante evitar subsidiar as atividades extraorçamentárias com a receita do orçamento ordinário. Por isso, a Repartição estava tentando na medida do possível manter o crescimento das compras sem aumentar de modo equivalente os recursos humanos. Mas um estudo dos departamentos de compra da Repartição realizado por um consultor externo havia indicado claramente que havia necessidade de aumentar o número de postos em algumas destas áreas. A proposta de um aumento de 0,5% no encargo estimado havia sido feita com o objetivo de manter qualquer aumento de custos a um nível modesto no presente clima financeiro difícil.

240. Embora recebendo com satisfação a disposição de alguns Estados Membros de considerar um aumento maior, ela queria fazer uma observação de cautela. A ideia de se usar mais 0,5% de aumento para financiar melhorias no sistema de informação para a gestão, embora interessante, poderia também ser vista como a criação de um novo subsídio. Nem todos os Estados Membros usavam todos os mecanismos de compra. Portanto, a Organização poderia estar usando os recursos contribuídos por apenas parte dos Estados Membros para financiar uma melhoria que seria útil a todos, suscitando questões de equidade. Ela sugeriu que o aumento de 0,5% poderia ser aprovado no biênio atual, a Repartição realizaria um estudo dos custos reais e um aumento gradual poderia ser proposto no biênio seguinte.

241. Manifestando agradecimento pela explicação das razões históricas para a destinação do encargo estimado às contas de capitalização, alguns delegados questionaram se ainda era o caso que os 3% completos precisavam ser designados, já que ambos os fundos rotatórios já existiam por tempo considerável.

242. A Diretora fez menção a um outro estudo por um consultor externo sobre o funcionamento financeiro do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas. Este estudo havia indicado que, dados os custos projetados de novos progressos como a vacina para o papilomavírus humano ou vacina antipneumocócica, o Fundo ainda não havia alcançado seu nível ótimo de capitalização.

243. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R3, como emendada, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse um aumento de 3,5% do encargo estimado na compra de provisões de saúde pública a vigorar a partir de 1º. de janeiro de 2011.

Assuntos de pessoal

Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA (documento CE146/29)

244. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado várias emendas propostas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal durante a sua quarta sessão. Havia sido informado que as emendas se enquadravam em duas amplas categorias: primeira, mudanças consideradas necessárias para manter a uniformidade com as políticas e práticas de recursos humanos no regime comum das Nações Unidas, e segunda, mudanças consideradas necessárias tendo em mente a experiência e no interesse de boa gestão de recursos humanos. O Subcomitê havia tomado nota das emendas propostas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal e da resolução proposta do Comitê Executivo contida no Documento CE146/29.

245. A sra. Dianne Arnold (Gerente de Área, Gestão de Recursos Humanos, RSPA) acrescentou que, além das mudanças reais sendo propostas, algumas revisões editoriais estavam também incluídas, para fins de clareza no Regulamento e Estatuto do Pessoal. Ela destacou as mudanças propostas nos Artigos 310.4, 410.1, 763, 1230 do Regulamento de Pessoal e Artigo 4.3 do Regulamento do Pessoal e examinou os motivos para estas mudanças. Ela também observou que, em conformidade com recomendação da Comissão de Administração Pública Internacional à Assembleia Geral das Nações Unidas, a escala de salários para as categorias profissionais e superiores havia tido aumento de 3,04%. Por conseguinte, pediu-se ao Comitê Executivo que aprovasse os ajustes correspondentes aos salários para os postos de Diretor Adjunto e Subdiretor, sem ganhos nem perdas, e que recomendasse ao 50º Conselho Diretor uma revisão correspondente ao salário para o posto de Diretor.

246. A Diretora expressou opinião de que a revisão dos Órgãos Diretivos das mudanças propostas no Regulamento e Estatuto do Pessoal assegurava que a Organização estivesse em conformidade com as suas obrigações como parte do sistema das Nações Unidas e que estava atuando como bom empregador.

247. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE146.R13, aprovando todas as mudanças propostas ao Regulamento de Pessoal, e recomendando que o 50º Conselho Diretor estabelecesse o salário anual do Diretor no nível proposto e aprovasse a emenda ao Artigo 4.3 do Regulamento do Pessoal, esclarecendo que os princípios de diversidade e inclusão eram para serem considerados na contratação de pessoal.

Reforma contratual na OPAS (documento CE146/30)

248. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado que, embora dois dos tipos de contrato aprovados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2008 – contratos temporários e de prazo fixo – haviam sido executados em 2009, a Assembleia Geral das Nações Unidas havia pedido às organizações das Nações Unidas para postergarem a execução de contratos contínuos até que vários problemas tivessem sido resolvidos. O Subcomitê havia assinalado que o relatório não continha informação sobre o progresso da OPAS na execução dos outros dois tipos de contratos e havia pedido que tal informação fosse incluída no relatório a ser apresentado ao Comitê Executivo.

249. A sra. Dianne Arnold (Gerente de Área, Gestão de Recursos Humanos, RSPA) explicou que não havia existido nenhuma mudança no caso das nomeações de prazo fixo: muitos dos funcionários da Organização estavam sob tais contratos, que duravam um período fixo, em geral dois anos, e eram renováveis. Com respeito às nomeações temporárias, a 144ª Sessão do Comitê Executivo havia aprovado a execução de duas revisões: a saber, a extensão da sua possível duração para dois anos, em vez da duração máxima anterior de 11 meses, que havia sido muito prejudicial para o trabalho em andamento, e algumas melhorias nos benefícios para o pessoal temporário, inclusive o direito à licença no país de origem e subsídios em casos de dificuldades quando apropriado. Estas revisões haviam sido implantadas, dando maior flexibilidade à Organização ao usar pessoal temporário e facilitando o planejamento da força de trabalho. As implicações financeiras haviam sido mínimas, pois os benefícios aprimorados haviam se aplicado a apenas quatro funcionários.

250. Quanto às nomeações contínuas, a Assembleia Geral havia solicitado que as diversas instituições e a organização postergassem a execução pelo menos até janeiro de 2010, à espera de uma análise da gestão do desempenho e de outros fatores. No entanto, não houve consenso no assunto na Assembleia Geral de 2009, e foi pedido ao Secretariado das Nações Unidas que desenvolvesse um novo modelo para contratos contínuos a ser

apresentado na próxima Assembleia Geral no último trimestre de 2010. A OPAS, portanto, continuaria a postergar a execução de contratos contínuos.

251. Também haviam tido mudanças nas disposições para consultores. No passado, o pessoal contratado sob um contrato de curto prazo de consultor havia sido considerado, pela duração do contrato, pessoal contratado da Organização. A partir de janeiro de 2009, este tipo de contrato havia sido substituído pelo contrato de consultor da OPAS, sob o qual os contratantes já não eram mais considerados como pessoal. Todas as outras formas de contrato que não é do quadro de pessoal estavam também sendo consolidadas sob o novo tipo de contrato, o que dava maior uniformidade e equidade no pagamento e benefícios.

252. A Diretora observou que, embora a OPAS, de acordo com a solicitação da Assembleia Geral e a decisão do Comitê Executivo, ainda não havia executado os contratos contínuos, alguns outros organismos das Nações Unidas, inclusive a OMS, já o haviam feito. A RSPA estava examinando cuidadosamente a experiência destes organismos. Em uma época de recursos financeiros reduzidos, executar contratos contínuos acarretava, em alguns casos, um ônus. Algumas organizações haviam até mesmo optado por demitir pessoal em vez de dar a eles um contrato contínuo. A Repartição continuaria monitorando a situação.

253. Embora a adoção do novo tipo de contrato de consultoria traria benefícios em termos de flexibilidade e equidade, também havia trazido sua parcela de dificuldades. A Repartição estava trabalhando em cooperação com a Associação do Pessoal Contratado da OPAS/OMS e, nos casos envolvendo as leis trabalhistas locais, com o governo em questão a fim de assegurar que todo o tal pessoal fosse tratado de modo justo.

254. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Declaração do representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS (documento CE146/31)

255. A sra. Pilar Vidal (Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS) destacou os assuntos que a Associação do Pessoal desejava levar a conhecimento do Comitê. Ela enfatizou que, embora havia sido feito progresso ao melhorar as condições de trabalho dentro da Organização, a administração da RSPA e a Associação do Pessoal precisavam manter uma relação de trabalho proativa para fazer suas agendas avançarem. A Associação considerava que a participação do pessoal nos processos relativos aos recursos humanos era essencial e de nenhuma maneira deveria ser vista como infração da autoridade da administração, que tinha responsabilidade máxima das decisões relacionadas com o pessoal.

256. No último ano, a Associação do Pessoal havia trabalhado conjuntamente com a administração em diversos tópicos, inclusive disposições contratuais, bem-estar do

peçoal, desenvolvimento e treinamento do peçoal, gestão do desempenho, Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, entre outros. Havia existido progresso, mas alguns problemas não estavam completamente resolvidos. Em particular, mais trabalho era necessário no Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos para assegurar o direito à defesa, o direito ao devido processo, acesso imediato ao sistema interno de justiça e a tomada de decisão em um tempo razoável.

257. Na área das disposições contratuais, a Associação do Peçoal considerava que a Organização deveria cumprir o mandato estipulado pela 144ª Sessão do Comitê Executivo para executar as nomeações contínuas e alinhar a política da OPAS com a da OMS. A Associação do Peçoal reiterou à Organização para que continuasse proporcionando oportunidades de desenvolvimento profissionais ao peçoal. A este respeito, a Associação do Peçoal era de opinião de que a prática de trazer de volta peçoal aposentado para ocuparem temporariamente postos administrativos roubava à Organização uma oportunidade de desenvolver as aptidões do peçoal contratado mais jovem e era um desincentivo ao peçoal para que se esforçasse para progredir.

258. A Associação apreciava a confiança depositada no peçoal e renovava o seu compromisso de trabalhar para as metas da Organização e dos seus Estados Membros no importante campo da cooperação internacional em assuntos de saúde.

259. A Diretora agradeceu à Associação do Peçoal para sua dedicação ao trabalho da Organização e em particular pelo seu apoio ao peçoal do Chile e Haiti, onde condições de trabalho continuavam sendo difíceis. Ela estava a par das preocupações de peçoal quanto ao progresso da reforma contratual e estava buscando a melhor maneira de seguir avançando. Como ela havia dito anteriormente (ver parágrafo 254 acima), as decisões tomadas sobre a questão nas Nações Unidas e na OMS estavam causando dificuldades, inclusive financeiras, pois nem sempre os recursos financeiros necessários para executar a reforma contratual estavam disponíveis. Sobretudo, havia um impacto para a segurança trabalhista do peçoal: muitos provavelmente perderiam o emprego como resultado das reformas e, portanto, era preciso encontrar um equilíbrio em termos das melhores opções para assegurar que a Organização tivesse peçoal da melhor qualidade e pudesse continuar a cumprir seu papel de cooperação técnica sem recorrer aos tipos de contrato que não eram compatíveis com o princípio de “trabalho decente” como definido pelas Nações Unidas. Era uma questão que ela continuaria a dar bastante atenção.

260. O Comitê Executivo tomou nota da apresentação.

Assuntos para informação

Orçamento-Programa da OMS de 2008–2009: Relatório de avaliação de desempenho (Relatório resumido) (documento CE146/INF/1)

261. O dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor Geral, Administração Geral, OMS) apresentou o relatório sobre a avaliação do Orçamento para Programas da OMS de 2008-2009, que avaliou o desempenho do Secretariado da OMS para atingir os resultados esperados em toda a Organização como estipulado no Orçamento para Programas de 2008–2009. A avaliação também identificou o progresso e as principais realizações com relação aos objetivos estratégicos determinados no Plano Estratégico a Médio Prazo de 2008–2013. Além disso, apresentou um resumo da execução financeira, lições aprendidas e principais desafios em relação a cada objetivo estratégico.

262. Ele observou que o relatório marcou a primeira vez que a avaliação de desempenho foi apresentada no ano imediatamente depois do biênio ao qual estava relacionado: no passado, tais relatórios haviam usualmente sido apresentados um ano completo depois. Antes da publicação, o relatório havia sido revisado pelos pares do pessoal da OMS que não haviam estado envolvidos na elaboração da versão inicial. Também havia sido examinado por alguns Estados Membros.

263. Para cada objetivo estratégico, o relatório de avaliação apresentou os principais destaques do progresso feito pelos Estados Membros e as suas realizações e identificou a contribuição do Secretariado da OMS para o alcance destes resultados. Ele ressaltou que os determinantes para o sucesso eram os próprios planos e programas nacionais dos Estados Membros: a OMS se considerava um parceiro que atuava nestes programas e não tinha intenção de impor ações ou requisitos.

264. Cada resultado esperado a nível da Organização foi avaliado como plenamente alcançado, parcialmente alcançado ou não alcançado, dependendo se todas, algumas ou nenhuma das metas de indicadores haviam sido alcançadas ou superadas. Se um resultado esperado em particular não havia sido alcançado em todas as regiões, a Organização como um todo seria considerada como tendo apenas parcialmente alcançado aquele resultado. No entanto, a intenção era que nas reuniões dos Comitês Regionais em setembro e outubro, a OMS apresentasse os resultados individualizados para cada região. Dos 81 resultados esperados a nível da Organização, 42 haviam sido plenamente alcançados e 39 haviam sido parcialmente alcançados. Nenhum havia sido considerado “não alcançado”.

265. O relatório também mostrou o grau em que os recursos necessários para alcançar cada objetivo estratégico haviam sido efetivamente captados. A distribuição do financiamento entre os objetivos estratégicos, ou o alinhamento dos recursos com as prioridades, continuava sendo uma grande dificuldade para OMS. Grande parte do

financiamento arrecadado era firmemente destinada a programas específicos de pesquisa ou para intervenções específicas de controle de doenças, o que não permitia à Organização usar os recursos como julgasse conveniente.

266. Uma das lições aprendidas da avaliação havia sido que o estabelecimento de metas ambiciosas restritas pelo tempo como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e a criação de mecanismos de financiamento como o Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária de fato geravam consideráveis recursos e focavam a atenção no cumprimento das metas. A avaliação também tinha destacado a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Deficiências e falta de recursos adequados para os sistemas de saúde e governança da saúde haviam sido responsáveis em grande parte pelo não alcance de várias metas. No entanto, no biênio de 2008–2009, havia ocorrido uma firme renovação do compromisso com os valores e princípios da atenção primária à saúde em todas as regiões, que indicavam bom augúrio para o futuro.

267. A Diretora observou que tanto OPAS como a OMS estavam em meio a uma transição à gestão baseada em resultados e que havia necessidade de refinar os métodos para seleção e mensuração do alcance dos indicadores e informe dos resultados a fim de fazer a adequada prestação de contas aos Estados Membros.

268. Ela estava de acordo com a conclusão de que a vinculação por parte dos doadores dos recursos aos programas ou áreas particulares era um obstáculo ao progresso a nível global e regional. Era uma questão de especial preocupação que alguns dos objetivos estratégicos identificados como prioridades pelos Estados Membros não haviam sido alcançados porque não havia sido possível captar os recursos necessários. Este era especialmente o caso nas áreas das doenças crônicas, saúde ambiental e mudança climática, e mesmo para alguns dos objetivos estratégicos em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, como os relacionados à saúde materna e infantil.

269. Ela via uma maior conscientização sobre a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde e uma maior disposição por parte dos organismos de financiamento de reconhecer a importância de ter sistemas e serviços fortes que eram capazes de responder aos inúmeros desafios de saúde pública que surgiam. Embora o investimento pesado para o controle de doenças transmissíveis havia sido sem dúvida necessário considerando a pandemia (H1N1) de 2009 e outros eventos recentes, estava claro que assegurar respostas apropriadas às emergências de saúde pública também requereria investimento sustentado para o desenvolvimento dos sistemas de saúde.

270. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Modelo de gestão baseada em resultados da OPAS (Documento CE146/INF/2)

271. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) comunicou que o Subcomitê havia sido informado do progresso do Secretariado para a implantação da gestão baseada em resultados sob os quatro componentes do modelo de gestão baseada em resultados da OPAS, que eram: primeiro, planejamento; segundo, implantação e monitoramento do desempenho e avaliação; terceiro, avaliação independente e aprendizagem; e quarto, responsabilidade. O Subcomitê havia elogiado o Secretariado quanto ao progresso feito até o momento na implantação da gestão baseada em resultados, principalmente em planejamento, e o havia incentivado a prosseguir com o trabalho de fortalecer os outros aspectos do modelo, em particular a responsabilidade. Havia sido destacada a importância do monitoramento contínuo e avaliação para fortalecer tanto a gestão baseada em resultados como o desempenho geral da organização, havia sido elogiada a decisão da Diretora de solicitar ao Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação que realizasse uma análise das lições aprendidas até o momento no processo de gestão baseada em resultados. A importância de indicadores adequados para a mensuração dos resultados havia sido salientada.

272. O Subcomitê havia feito várias observações e sugestões sobre aspectos específicos do modelo e o relatório relacionado. Havia sido sugerido, por exemplo, que definições de vários termos deveriam ser acrescentadas ao glossário. Com relação à política de carta de acordo descrita no relatório, os delegados haviam questionado se havia outras disposições além das cartas de acordo para a cooperação com países, se havia um protocolo para a negociação das cartas de acordo e se a política respondia às recomendações do Auditor Externo no que se referia às cartas de acordo.

273. O dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) em seguida resumiu o conteúdo do Documento CE146/INF/2, observando que este incorporava as observações e sugestões recebidas dos membros do Subcomitê. Ele recapitulou os elementos básicos da gestão baseada em resultados e os quatro componentes do modelo da OPAS e fez um apanhado geral do trabalho em andamento com respeito a cada componente. Ele assinalou que o componente de planejamento estava plenamente alinhado com a Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 e com o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS de 2008–2013. Com respeito ao último componente, responsabilidade, ele observou que uma política para delegação de autoridade havia sido elaborada. Esta política estava descrita no Anexo D do documento. A Repartição continuaria atualizando os Órgãos Diretivos periodicamente sobre o seu progresso na execução da gestão baseada em resultados.

274. No debate que seguiu, elogiou-se a Repartição pelo seu progresso na execução da gestão baseada em resultados e nos seus esforços para assegurar as vinculações entre o modelo da OPAS e os modelos estratégicos maiores, como a Agenda de Saúde para as Américas e o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS. A delegada do Canadá,

observando que seu governo havia contribuído com cerca de US\$ 18 milhões para apoiar o fortalecimento institucional dentro da Organização, incentivou a Repartição a assegurar que os escritórios da OPAS no país e a nível sub-regional adquirissem a mesma capacidade que na Sede de empregar a gestão baseada em resultados. Ela também reiterou à Repartição que assegurasse os recursos e a capacidade para coletar e analisar os dados necessários para estabelecer pontos de comparação e mensurar mudanças ao longo do tempo.

275. As políticas apresentadas nos anexos ao documento foram recebidas com satisfação, em particular aquelas relativas à delegação de autoridade, que daria mais autoridade aos gerentes, e à coordenação de recursos, que permitiria a transferência de recursos entre as entidades dentro da Organização e entre os objetivos estratégicos identificados no Plano Estratégico 2008–2012. Assinalou-se que a implantação da política para delegação de autoridade requeria um elemento de mudança de cultura dentro da Organização, e pediu-se à Repartição que fornecesse informação sobre como a política estava sendo aplicada e como ela estava sendo recebida pelos gerentes. Assinalou-se que o Plano Estratégico identificava diversos resultados esperados a nível da Região para os quais os Estados Membros partilharam responsabilidade com a Repartição, e se sugeriu que um esforço deveria ser feito com o tempo para reduzir estes resultados esperados a um número mais fácil de ser gerido.

276. O dr. Gutiérrez observou que o Plano Estratégico já havia sido emendado uma vez por sugestão dos Órgãos Diretivos, e como resultado havia sido reduzido consideravelmente o número de metas de indicadores. A Repartição continuaria ajustando os indicadores para refletir as circunstâncias variáveis nos Estados Membros. A Repartição também forneceria atualizações da implementação da política para delegação de autoridade e outras políticas e componentes do modelo de gestão baseada em resultados. Ele informou que, a fim de assegurar que o pessoal em todos os níveis da Organização tivesse conhecimento igual dos princípios da gestão baseada em resultados, a Repartição, com o apoio do governo do Canadá, estavam desenvolvendo um curso interativo de treinamento.

277. A Diretora disse que a execução da gestão baseada em resultados havia implicado no desenvolvimento e aplicação de vários instrumentos e modelos conceituais, que, embora de valor inquestionável, havia sido um trabalho muito complexo e demorado para o pessoal. A Repartição estava se esforçando para assegurar um equilíbrio apropriado no uso do tempo do pessoal para que o tempo gasto nas tarefas relacionadas com a gestão baseada em resultados não diminuísse o tempo dedicado à função primária da Organização: a cooperação técnica com os Estados Membros. O processo de implementação da gestão baseada em resultados, sendo um de seus aspectos a modernização do sistema de informação para a gestão da RSPA (ver parágrafos 60 a 79 acima), também havia sido muito dispendioso. Ela esperava que outros países poderiam

seguir o exemplo do Canadá e dar apoio financeiro aos esforços da Organização para fortalecer os seus sistemas e ministrar o treinamento necessário para assegurar a eficiência de uma gestão baseada em resultados.

278. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Sistema da OPAS de integridade e gestão de conflitos (documento CE146/INF/3)

279. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia tomado conhecimento de um relatório de progresso sobre a execução do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da RSPA (ICMS), que compreendia um Código de Princípios Éticos e de Conduta, um programa de combate ao assédio no local de trabalho, um programa de declaração de interesses e um programa de sigilo e divulgação. O Subcomitê havia sido informado que um website para este fim havia sido criado para o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos para orientar o pessoal. O Subcomitê havia recebido favoravelmente o sólido programa da RSPA para tratar de questões relativas a ética, integridade e gestão de conflitos e havia questionado se outros organismos das Nações Unidas haviam adotado um enfoque semelhante de reunir questões diversas mas relacionadas em um único sistema. Também havia sido questionado se o pessoal havia recebido qualquer orientação sobre como escolher o melhor ponto de entrada no Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos ou se essa decisão ficava a critério de cada um.

280. Em resposta às perguntas do Subcomitê, o sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA) havia dito que parecia que a OPAS era a única a combinar a integridade e gestão de conflitos em um único sistema. Ele esperava que pudesse ser criada uma rede de escritórios de ética em todo o sistema das Nações Unidas para partilhar informação e boas práticas. Ele havia explicado que era importante o pessoal ter acesso ao Sistema inicialmente em qualquer nível que achasse mais conveniente, e que o objetivo do website era ajudar o pessoal a compreender cada recurso do Sistema, em termos de sigilo, autoridade e capacidade de tomada de decisão.

281. Após a introdução do item pelo dr. Slater, o sr. MacMillan informou ao Comitê que, além das informações fornecidas ao Subcomitê, o Documento CE146/INF/3 também proporcionava detalhes sobre o trabalho do Comitê Coordenador do ICMS, cuja função era assegurar que o Sistema funcionasse de modo eficaz e também propor novas políticas e procedimentos para melhorá-lo. Uma iniciativa recente do Comitê Coordenador do ICMS havia sido uma análise do sistema da RSPA para a administração da justiça, inclusive os procedimentos que o pessoal deveria seguir para contestar uma decisão administrativa ou disciplinar tomada contra eles. A intenção desta análise havia sido assegurar que o sistema de administração de justiça fosse independente, sólido e profissional e que funcionava em tempo hábil. Um relatório sobre a análise estava sendo examinado pelo Comitê Coordenador do ICMS e se esperava que estaria pronto para a apresentação à

Diretora em julho. Em reuniões recentes de funcionários graduados de ética de todos os organismos das Nações Unidas, ele havia perguntado a opinião de seus colegas se o enfoque da RSPA era compatível com a prática em outras organizações, o que parecia ser o caso.

282. A Diretora disse que a Repartição estava comprometida em habilitar os seus gerentes em muitas áreas distintas, não apenas nas áreas de resolução de conflitos e administração da justiça, a trabalhar em colaboração com os seus pares em outras organizações, tanto do sistema das Nações Unidas como do sistema interamericano. Esta colaboração ocorria principalmente por via eletrônica, mas havia também reuniões presenciais. Tais encontros eram importantes porque facilitavam o compartilhamento de experiências e boas práticas e ajudavam a assegurar uniformidade da prática através do sistema internacional. Eles também contribuíam para o desenvolvimento profissional do pessoal envolvido e, portanto, melhoravam os serviços que a Organização prestava aos Estados Membros.

283. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Preparativos para a mesa redonda sobre urbanismo e vida saudável (documento CE146/INF/4)

284. O dr. Luiz Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) apresentou o item, dizendo que o urbanismo e vida saudável haviam sido o tema do Dia Mundial da Saúde em 2010, assim como de algumas outras atividades no sistema das Nações Unidas. A mesa redonda sobre o urbanismo e vida saudável seria realizada durante o 50º Conselho Diretor. Entre os participantes estariam representantes de outros organismos relacionados com a saúde e da comunidade acadêmica. O dr. Jacob Kumaresan, Diretor do Centro da OMS para Desenvolvimento da Saúde (Centro Kobe da OMS), também havia confirmado a sua participação. A mesa redonda seguiria o formato usual, com um ou dois oradores principais e quatro painéis de discussão, seguido de uma reunião plenária na qual resultados e conclusões dos painéis seriam apresentados. A Repartição estava preparando um documento para guiar as discussões, que estaria disponível em julho.

285. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

30º. Aniversário da erradicação da varíola e estabelecimento do Fundo Rotatório da OPAS para a Compra de Vacinas (documentos CE146/INF/5 e CE146/INF/5, Corr.)

286. O dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Assessor Principal, Imunização Integral da Família, RSPA) informou o Comitê que a Repartição propôs realizar uma comemoração durante o 50º Conselho Diretor para homenagear os milhares de profissionais da saúde e voluntários comunitários que haviam trabalhado para atingir a erradicação da varíola e

reconhecer a contribuição do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS à saúde pública e aos êxitos do Programa Ampliado de Imunização na Região das Américas. Ele observou que uma semelhante comemoração da erradicação da varíola havia sido realizada durante a Sexagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2010. Detalhes das atividades planejadas se encontravam no Documento CE146/INF/5.

287. A Diretora disse que a comemoração estava planejada para a tarde de terça-feira da semana do Conselho Diretor. Havia a inauguração de um busto de Edward Jenner, que havia realizado trabalho pioneiro na vacina contra varíola, emprestado da Jenner Foundation. A Repartição estava também trabalhando em coordenação com a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e com o Smithsonian Institute para organizar atividades paralelas na região de Washington, D.C., para comemorar a erradicação da varíola.

288. O Comitê Executivo respaldou a proposta da comemoração.

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (Documentos CE146/INF/6, Rev. 1–A, B, C, D, E, F, e G)

Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (documento CE146/INF/6, Rev. 1-A)

289. O Presidente chamou a atenção ao relatório de progresso incluído na parte A do Documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

290. O Comitê elogiou a OPAS pelo seu trabalho ao ajudar os Estados Membros a implantar o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e recebeu com satisfação o progresso feito até o momento. O Comitê também observou, no entanto, que as Regulamentações ainda não haviam sido plenamente implantadas em todos os Estados Membros e reiterou à OPAS que prosseguisse com seus esforços para assegurar que todos os países da Região pudessem cumprir suas obrigações segundo as Regulamentações até junho de 2012. Os delegados destacaram a necessidade de coordenação intersetorial em âmbito nacional e de estreita colaboração e intercâmbio aberto e transparente de informações em âmbito internacional para responder de modo eficaz aos riscos para a saúde pública que tinham potencial de causar emergências globais de saúde. Um delegado sublinhou a necessidade de os Estados federais de assegurar boa coordenação entre a autoridade sanitária nacional e as autoridades estaduais.

291. A necessidade de sanar as lacunas na prontidão e resposta a pandemia foi também salientada. Vários delegados observaram que a pandemia (H1N1) de 2009 havia posto as Regulamentações à prova e demonstrado sua eficácia; porém, a pandemia também havia revelado algumas áreas que precisavam ser fortalecidas, incluindo comunicações com a mídia, treinamento de recursos humanos e coordenação entre o setor da saúde e outros

setores envolvidos em vigilância nos pontos de entrada e na resposta a emergências. O Comitê salientou a necessidade de apoio constante da OPAS nestas áreas e na análise e modernização da legislação nacional para alinhá-la com os requisitos das Regulamentações.

292. Os delegados reafirmaram o compromisso de seus governos com a implementação plena das Regulamentações e apresentaram atualizações do seu progresso nesse sentido. Vários delegados também mencionaram treinamento e outras atividades sendo realizadas no âmbito sub-regional com o objetivo de acelerar a implantação, em particular segundo o modelo do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e União de Nações Sul-Americanas (UNASUL).

293. O dr. Sylvain Aldighieri (Assessor principal em Alerta e Resposta a Epidemias da Área de Vigilância da Saúde e da Prevenção e Controle de Doenças da RSPA) concordou que a experiência da Região com a pandemia (H1N1) de 2009 havia servido como teste de campo para o Regulamento Sanitário Internacional (2005), assinalando que este teste havia ocorrido em um momento em que a avaliação das capacidades básicas dos países ainda havia sido finalizada. A pandemia também havia destacado a importância do diálogo constante entre os centros de coordenação nacionais e a OPAS na qualidade de ponto de contato regional para OMS. Destacando a importância das redes nacionais e sub-regionais, ele destacou que o Mercosul, em particular, havia criado ferramentas importantes para avaliar a capacidade de vigilância e resposta, que haviam sido adaptadas e usadas por outros países. Embora havia existido algum atraso para realizar avaliações das capacidades básicas nos pontos da entrada, bom progresso havia sido feito e a RSPA continuava prestando apoio proativo aos países para permitir que finalizassem suas avaliações. Diversos Estados Membros estavam também fornecendo ajuda nesta área. Um especialista da Espanha estava trabalhando na RSPA no âmbito regional, por exemplo, e outro especialista estava ajudando os países do Caribe Oriental. Além disso, estava sendo usada a experiência adquirida no Brasil e no restante da América Latina para treinar profissionais de países africanos de língua portuguesa e o Timor Leste.

294. A Diretora agradeceu aos países que haviam prestado apoio financeiro à implantação das Regulamentações e para a prontidão a pandemia. Este apoio havia melhorado enormemente a resposta regional a pandemia (H1N1) de 2009 e estava facilitando a fase atual de implantação das Regulamentações, na qual o principal foco de interesse era assegurar que as capacidades básicas estavam implementadas em todos os níveis e em todas as áreas dos países, inclusive zonas rurais. Com respeito à modernização da legislação, ela anunciou que o modelo para a implantação das Regulamentações mencionadas no parágrafo 16 do relatório de progresso estava agora disponível.

295. O Comitê tomou nota do relatório.

Atualização sobre a pandemia (H1N1) 2009 (documento CE146/INF/6,Rev.1-B)

296. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte B do Documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

297. O Comitê elogiou a OPAS pela sua liderança na resposta regional à pandemia (H1N1) de 2009 e manifestou agradecimento pelo apoio que haviam recebido da Organização ao tentar resolver a pandemia. Os delegados enfatizaram a necessidade de usar a experiência e as lições aprendidas para fortalecer o planejamento e melhorar a capacidade de resposta a emergências futuras de saúde pública. Sugeriu-se que as lições aprendidas com a pandemia na Região também deveriam ser levadas em consideração pelo Comitê de Análise do Regulamento Sanitário Internacional da OMS. Destacou-se a importância de revisar ou ampliar Planos Nacionais de Contingência para Pandemia de Influenza assim como a necessidade de estabelecer centros nacionais de influenza para todos os países da Região. Um delegado salientou a necessidade de estreita coordenação entre os ministérios da Saúde e da Agricultura para sanar a lacuna entre atividades de vigilância de doenças humanas e animais, detecção e resposta a surtos.

298. A delegada do Brasil disse que o parágrafo 25 do relatório deveria ser revisado para refletir o fato de que o Brasil – e possivelmente outros países – tinham planos operacionais para seus principais pontos de entrada e expediram alertas assim que estes haviam sido recebidos por parte da OMS e OPAS. Com respeito à defasagem de tempo referida no parágrafo 28, ela assinalou que estas defasagens haviam ocorrido porque, durante o primeiro mês da pandemia, não havia ainda sido emitida nenhuma diretriz para a confirmação laboratorial dos casos. Essa era uma importante consideração a ser feita tanto ao analisar a resposta à pandemia (H1N1) de 2009 como ao fazer planos para futuras emergências. O delegado da Espanha anunciou que o seu governo planejava doar mais de 4,1 milhões de doses da vacina para o vírus (H1N1) da pandemia de 2009 para distribuição pela OPAS.

299. O dr. Otavio Oliva (Assessor, Doenças Virais, RSPA) ressaltou que esforços para prontidão para pandemia foram realizados segundo o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e serviram para fortalecer as capacidades básicas identificadas sob as Regulamentações. Embora o nível de prontidão tenha variado um pouco entre os países, a resposta geral regional a pandemia (H1N1) de 2009 havia sido exemplar. A pandemia havia deixado muitas lições, que haviam sido examinadas pelos representantes de todos os países da Região em uma conferência convocada pela OPAS em setembro de 2009. O resultado desta conferência havia sido a base para o plano da OPAS para o biênio atual, que visava melhorar a prontidão para pandemia ao reforçar a capacidade laboratorial e de vigilância. Estavam também sendo feitos esforços para fortalecer a coordenação entre as autoridades de saúde humana e animal.

300. A Diretora observou que a próxima Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA), a ser realizada em 2011, ofereceria uma oportunidade fundamental para fortalecer a parceria entre os dois setores, não apenas com respeito a doenças zoonóticas mas também a muitas outras áreas em que saúde animal e humana se sobrepunham. Ela agradeceu a doação de vacinas anunciada pelo delegado da Espanha e elogiou todos os países da Região para sua generosidade e transparência ao dividir informação e recursos durante a pandemia (H1N1) 2009. Observando que a influenza continuaria a ser um problema sério, ela salientou a necessidade de todos os países na Região de permanecer alertas e não abaixar a guarda.

301. O Comitê tomou nota do relatório.

Plano de ação para fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde (documento CE146/INF/6, Rev. 1-C)

302. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte C do documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

303. Foi reafirmada a utilidade do plano de ação como uma ferramenta para ajudar os Estados Membros a melhorar a cobertura e a qualidade de suas estatísticas. O delegado da Argentina assinalou que, embora, como indicado no relatório, a análise da situação de seu país e plano estratégico haviam sido formulados com um modelo diferente daquele da OPAS/OMS, seu plano de ação visava melhorar a qualidade e a cobertura das estatísticas, assim como oferecer cooperação técnica aos países vizinhos.

304. A sra. Fátima Marinho (Coordenadora de Projeto, Informação de Saúde e Análise, RSPA) disse que bons avanços estavam sendo feitos sob o plano de ação. Ela ressaltou a importância de assegurar a disponibilidade de estatísticas fidedignas e oportunas, sem as quais era difícil avaliar e monitorar o progresso sob outros planos de ação sendo realizados na Região. O plano de ação seria reforçado pela recém-criada Rede da América Latina e Caribe para Fortalecimento do Sistemas de Informação de Saúde, que também ajudariam a promover a cooperação horizontal entre os países da Região.

305. A Diretora, destacando a importância de bons dados para monitorar o progresso para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, conjecturou que a dificuldade de obter estatísticas de referência era uma questão que indubitavelmente seria levantada na cúpula especial de análise das Metas, a ser realizada durante a Sexagésima Quinta Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas em setembro de 2010.

306. O Comitê tomou nota do relatório.

Iniciativa sobre os dados básicos de saúde e perfis dos países (documento CE146/INF/6, Rev. 1-D)

307. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte D do documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

308. A delegada do México confirmou o apoio continuado do seu país à iniciativa regional de dados básicos de saúde e disse que ela apresentaria observações detalhadas por escrito sobre o relatório de progresso. Ela tinha várias sugestões com respeito à informação apresentada no relatório de progresso. Por exemplo, ela sugeriu que as modificações ao Sistema de Informação de Saúde de Indicadores Básicos referidas no parágrafo 49 do relatório não deveriam ser limitadas aos aspectos tecnológicos da coleta e validação dos dados. Era também importante fortalecer as capacidades nacionais de geração de estatísticas de saúde, principalmente nos países com um alto nível de subnotificação ou países em que os dados não estavam sendo notificados sistematicamente. Ela também sugeriu que deveria ser incluído um link direto com o Observatório Regional de Saúde Pública na página inicial do website da OPAS para facilitar o acesso aos dados básicos de saúde. Observando que as informações mais recentes sobre o México na seção de perfis de saúde dos países do banco de dados de indicadores básicos (http://www.paho.org/english/dd/ais/cp_index.htm) eram do ano 2000, ela sugeriu que precisariam ser examinados e aperfeiçoados os procedimentos para atualização da informação. Por fim, ela disse que a assistência técnica mencionada no parágrafo 61 deveria incluir assistência em relação à melhoria das estatísticas nacionais, treinamento de recursos humanos, fortalecimento das capacidades técnicas e conceituais do pessoal existente e modernização dos processos em relação à geração e difusão de estatísticas de saúde. Ela enfatizou que o treinamento do pessoal de ministério da Saúde era um componente essencial dos esforços para fortalecer os dados básicos de saúde e observou que os Representantes da OPAS/OMS tinham um papel-chave ao prestar tal apoio.

309. A sra. Fátima Marinho (Coordenadora de Projetos, Informação Sanitária e Análise, RSPA), expressando agradecimento pelas observações e sugestões da delegada, disse que a iniciativa de dados básicos de saúde estava estreitamente vinculada à iniciativa para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde. Ela assinalou que, embora muitos dados estavam sendo gerados na Região, estes nem eram sempre de boa qualidade. O problema não estava na coleta dos dados, mas no seu subsequente tratamento. Classificação incorreta das causas de morte era um problema particularmente sério, que levava a imprecisões na informação contida no banco de dados de indicadores de saúde. Havia obviamente necessidade de treinar o pessoal responsável na codificação das causas de morte, mas havia também uma grande necessidade de treinar os médicos, pois parte deles não sabia preencher adequadamente um certificado de óbito.

310. Além disso, era fundamental fortalecer o diálogo e a coordenação entre o setor da saúde e os institutos nacionais de estatística para assegurar que os sistemas nacionais de

estatísticas estavam coletando dados, como peso ao nascimento, que era importante do ponto de vista epidemiológico. De modo semelhante, era necessário fortalecer a coordenação com outras instituições e organizações que estavam trabalhando para abordar problemas de saúde. Era essencial persuadi-los da necessidade de investir no fortalecimento dos sistemas de informação, em particular através do treinamento dos recursos humanos, para melhorar a qualidade da informação de saúde, pois sem dados precisos era difícil criar intervenções eficazes ou mensurar o progresso.

311. O Comitê tomou nota do relatório.

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS: oportunidades e desafios para sua execução na Região das Américas (Documento CE146/INF/6, Rev. 1-E)

312. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte E do documento CE146/INF/6, rev. 1, e passou a palavra para discussão.

313. O Comitê elogiou os esforços da OPAS para ajudar os países na execução da Convenção-Quadro. Vários delegados forneceram atualizações sobre o progresso de seus países, destacando, por exemplo, medidas tomadas para desincentivar o fumo e reduzir a exposição à fumaça do cigarro, como preço e impostos para reduzir a demanda por produtos do tabaco, proibição de fumar em edifícios públicos e outros locais, embalagem e rotulagem dos produtos do tabaco e proibição de publicidade do tabaco, promoção e patrocínio. Chamou-se atenção para a necessidade de abordar os aspectos de gênero da questão, dado o crescimento preocupante do fumo entre meninas. O delegado do Suriname informou que a Assembleia Nacional do seu país discutiria a legislação do tabaco durante o ano corrente e se esperava que fosse sancionada no início de 2011. O delegado de São Vicente e Granadinas informou ao Comitê que o seu governo esperava ratificar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em breve, quiçá até setembro de 2010. A delegada do Canadá disse que seu governo estava trabalhando com outros países na elaboração de diretrizes para a execução dos Artigos 9 e 10 da Convenção, que se relacionavam com a regulamentação de produtos do fumo e divulgação de informação. O projeto das diretrizes, que seria apresentado na sessão de novembro de 2010 da Conferência dos Partidos, faria recomendações com respeito à regulamentação dos ingredientes que tornavam os produtos de tabaco atraentes aos consumidores, especialmente aos jovens, e sobre requisitos relacionados para fabricantes e importadores. O seu governo teria o prazer de partilhar sua experiência e conhecimentos sobre as diretrizes e examinar conceitos errôneos com o objetivo de fazer oposição aos esforços cada vez mais enérgicos da indústria do tabaco para evitar a adoção das diretrizes durante a Conferência dos Partidos.

314. O dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) disse que ficou entusiasmado ao ouvir sobre os avanços feitos pelos países para o controle do tabagismo. Ele recebeu com satisfação o anúncio da esperada

ratificação da Convenção-Quadro por São Vicente e Granadinas, que reduziria a sete o número de países na Região que não haviam ratificado a Convenção. Além do progresso informado no parágrafo 67 do relatório, ele tinha o prazer de observar que os Estados Unidos haviam recentemente sancionado legislação em relação ao Artigo 11 da Convenção-Quadro, que havia entrado em vigor em junho de 2010. O relatório seria atualizado para refletir este fato.

315. A Diretora ressaltou a importância de intensificar os esforços para fazer oposição aos esforços crescentes da indústria do tabaco para promover o tabagismo entre mulheres e jovens.

316. O Comitê tomou nota do relatório.

Execução da Estratégia e Plano de ação para um enfoque integrado para prevenção e controle de doenças crônicas, incluindo alimentação, atividade física e saúde (documento CE146/INF/6, Rev. 1-F)

317. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte F do documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

318. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o progresso feito ao executar a estratégia e plano de ação, observando que esforço contínuo e recursos consideráveis seriam necessários para o controle das doenças crônicas. O Comitê considerou que a OPAS tinha um papel importante a desempenhar como um coordenador para o intercâmbio de experiência e boas práticas. Sugeriu-se que talvez teria sido dada uma atenção desproporcional às doenças transmissíveis, especialmente as doenças sexualmente transmissíveis, enquanto que a epidemiologia indicava que as doenças crônicas não transmissíveis eram responsáveis pela principal carga de doença nos países da Região. Foi também sugerido que indicadores e metas deveriam ser elaborados no modelo dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para medir o progresso ao combater as doenças crônicas não transmissíveis, como um meio de aumentar o reconhecimento internacional de tais doenças como prioridade de saúde pública e captar recursos para sua prevenção e controle.

319. Os delegados reafirmaram seu apoio à premissa da Estratégia Regional de que intervenções para prevenção de doenças e detecção precoce tinham bom custo-benefício e que pôr o foco sobre os múltiplos fatores de risco tinha mais chances de sucesso que estratégias com enfoque específico. Assinalou-se que esforços para mudar o estilo de vida para um estilo mais saudável poderiam ser iniciados pelo governo, mas precisavam ser assimilados e continuados ao nível da comunidade, com a contribuição de líderes comunitários, professores, médicos, profissionais de enfermagem e pais. Sugeriu-se que recomendações sobre a comercialização de alimentos e bebidas não alcoólicas às crianças,

aprovadas na Sexagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde, também deveriam ser consideradas na estratégia da OPAS.

320. Vários membros do Comitê Executivo descreveram os projetos sendo realizados nos respectivos países para implementar a estratégia e plano da ação. Tais projetos incluíam o fortalecimento da vigilância epidemiológica das doenças crônicas não transmissíveis; reorientação dos serviços de saúde para prevenção e controle de doenças crônicas; campanhas contra o tabaquismo; campanhas antiálcool; promoção da alimentação saudável através de eventos comunitários; ações regulamentares para o excesso de gordura, açúcar e sódio dos alimentos; promoção de períodos de exercícios durante o dia útil; campanhas para perda de peso e boa forma; construção de espaços para esportes e organização de eventos esportivos; promoção do aleitamento exclusivo; programa de saúde escolar e outras medidas que visavam reduzir a obesidade infantil; e programas para reduzir acidentes de trânsito e prevenir violência.

321. O delegado de Aruba sugeriu que deveria ser realizado um Fórum Pan-americano Sobre Obesidade em 2011 e disse que seu país teria o prazer de ser anfitrião do evento.

322. O dr. James Hospedales (Assessor Principal, Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, RSPA) agradeceu aos membros do Comitê por compartilharem suas experiências, algumas das quais não eram conhecidas pela RSPA e que deveriam ser expostas. Estava claro que a solução ao problema das doenças crônicas estava em grande parte fora do setor da saúde, embora este tivesse uma função importante na coleta de dados, defesa da causa, monitoramento e avaliação. Como o relatório assinalou, projetava-se um aumento contínuo da prevalência da obesidade, o que resultaria em mais diabetes, mais doença cardiovascular e mais câncer. Portanto, era uma prioridade real de saúde pública para os países da Região. Em alguns países, a obesidade havia até mesmo sido declarado como um problema de segurança nacional, pois muitos jovens eram ineptos para o serviço militar porque tinham excesso de peso. As doenças crônicas afetavam países desenvolvidos e em desenvolvimento por igual, mas pesquisas haviam demonstrado que em todos os países que o fumo e abuso do álcool e problemas associados ao sobrepeso e obesidade eram mais prevalentes entre os segmentos mais pobres e menos instruídos da população. A doença crônica era, portanto, também uma questão da equidade.

323. Ele manifestou esperança de que todos os delegados reiterariam aos seus líderes de alta hierarquia nível para que comparecerem à reunião de alto nível sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis a ser realizada pelas Nações Unidas em setembro de 2011.

324. A Diretora disse que a Organização havia feito progresso ao pôr o tópico na agenda internacional e levá-lo ao conhecimento dos governos, setor privado, ONGs e associações profissionais e associações de pacientes e familiares. Portanto, havia uma sólida rede de apoio para o trabalho contínuo neste assunto. De fato, ao combater o problema das doenças

crônicas, o setor da saúde poderia encontrar alguns parceiros inesperados, como as Forças Armadas, como mencionado pelo dr. Hospedales, e a indústria da aviação, que precisava reprojeter os assentos das aeronaves para passageiros maiores. Estes eram exemplos de como os problemas das doenças crônicas afetavam cada aspecto da sociedade.

325. Com respeito à observação sobre os indicadores, a Organização já estava fazendo pressão política para ter um indicador para doenças crônicas acrescentado ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 6: “Combater o HIV/aids, malária e outras doenças”. Quanto à proposta do ministro da Saúde de Aruba, a Repartição examinaria a possibilidade de realizar tal fórum.

326. O Comitê tomou nota do relatório de progresso.

Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (documento CE146/INF/6, Rev. 1-G)

327. O Presidente destacou o relatório de progresso incluído na parte G do documento CE146/INF/6, Rev. 1, e passou a palavra para discussão.

328. O Comitê recebeu com satisfação o progresso da Região para eliminar rubéola e a síndrome da rubéola congênita, mas manifestou preocupação com a ameaça causada por casos importados da doença, particularmente decorrente do aumento de viagens à África durante a Copa do Mundo de Futebol. Destacou-se a importância da vigilância contínua. A este respeito, assinalou-se que a ocorrência de casos subclínicos não detectados poderia resultar em subestimação da real incidência da rubéola. Alguns delegados informaram que campanhas antivacinação haviam sido organizadas nos seus países por grupos que sustentavam que a vacina de sarampo-caxumba-rubéola estava associada ao autismo, um mito que havia sido refutado conclusivamente. Eles salientaram a necessidade de pessoal da saúde para tomar medidas rápidas para fazer oposição a tais esforços para assegurar que fossem preservados os altos níveis de cobertura de vacinação.

329. O dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Assessor Principal, Imunização Integral da Família, RSPA) assinalou que era essencial alcançar e preservar os níveis de cobertura de vacinação de 95%, ou acima, não apenas no âmbito nacional. Era também fundamental manter a vigilância epidemiológica, investigar todos os casos suspeitos e assegurar o diagnóstico oportuno. Ele prestou homenagem aos muitos heróis anônimos que haviam contribuído para o sucesso dos esforços de eliminação da rubéola na Região.

330. A Diretora, expressando satisfação com os bons resultados na Região, disse que o desafio agora era incentivar os líderes políticos em outras regiões a abordar os problemas que estavam dificultando progresso das metas de eliminação global e erradicação da doença. A Europa, em particular, parecia ser a fonte da maioria dos casos importados de rubéola nas Américas e era também a fonte da maioria dos rumores antivacinação. Era

também importante deter a propagação da desinformação nos meios de informação. Ela assinalou, por exemplo, que os rumores do vínculo entre vacinas e o autismo haviam sido amplamente divulgados na mídia, mas havia tido pouca cobertura da decisão do Conselho Médico Britânico de revogar a licença médica de Andrew Wakefield, o médico responsável por estes rumores.

331. O Comitê tomou nota do relatório.

Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse da OPAS: 63^a Assembléia Mundial da Saúde (documento CE146/INF/7)

332. O dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente da Área de Relações Externas, de Captação de Recursos e Associações da RSPA) informou sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde e 127^a Sessão do Conselho Executivo da OMS consideradas de particular interesse aos Órgãos Diretivos da OPAS. Ele assinalou que o respectivo documento continha tabelas indicando as atividades da OPAS relacionadas a cada resolução ou ação.

333. Na discussão que se seguiu, assinalou-se que o relatório não fazia nenhuma menção à decisão da Assembleia da Saúde com respeito ao problema da falsificação de medicamentos (Decisão WHA63(10)), e foi sugerido que esta informação fosse incluída no relatório a ser preparado para o 50º Conselho Diretor.

334. O delegado da Argentina, recordando que, durante a Sexagésima Terceira Assembleia Mundial da Saúde, muitos representantes dos países das Américas haviam salientado a necessidade de discutir os procedimentos para avaliar a segurança e a eficácia dos medicamentos existentes, propôs que um item sobre a necessidade de fortalecer a capacidade das autoridades reguladoras de assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos deveria ser incluído na agenda do 50º Conselho Diretor.

335. Vários delegados manifestaram apoio a esta proposta, sendo que um sugeriu que o documento de trabalho a ser preparado sobre o item também deveria levar em consideração as questões de eficiência, responsabilidade, transparência e princípios de boa governança. Outros delegados assinalaram, no entanto, que o Comitê já havia aprovado a agenda provisória para o 50º Conselho Diretor e manifestaram opinião de que seria preferível apresentar o item através do Comitê Executivo em 2011, para dar tempo para a preparação de um documento bem pesquisado.

336. A Diretora sugeriu que a Repartição poderia preparar um documento de base para o novo tópico proposto, para o qual o relatório da Quinta Conferência da Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica poderia ser usado como base, e deixar o Conselho decidir sobre incluí-lo ou não na sua agenda final. Ela pediu ao delegado da Argentina que apresentasse à Repartição um resumo conciso do

conteúdo que ele desejava que fosse coberto no documento e sugerisse um título para o item da agenda.

337. O dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área interino, Sistemas de Saúde Baseadas em Atenção Primária de Saúde, RSPA) disse que um documento poderia ser disponibilizado por SharePoint, mas advertiu que provavelmente não seria possível para a Repartição ter o documento pronto para revisão e tradução antes do final de julho.

338. O Comitê pediu à Repartição que seguisse adiante com a preparação de um documento de base como sugerido pela Diretora.

Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros: situação da implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (documento CE146/INF/8)

339. O dr. Douglas Slater (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado dos avanços alcançados ao implementar as IPSAS durante 2009 e do trabalho a ser concluído em 2010. O Subcomitê havia recebido com satisfação o progresso feito até o momento, mas tinha buscado o esclarecimento do porquê não ter sido possível concluir todas as atividades necessárias até o prazo para a transição da OPAS às IPSAS, 1º. de janeiro de 2010. Os delegados também haviam pedido mais informações sobre como as contas dos Centros Pan-Americanos CAREC e CFNI seriam administradas, como os custos recorrentes associados com a transição às IPSAS poderia repercutir na situação financeira da Organização e se recursos adicionais além do orçamento original de US\$ 300 mil para implementação das IPSAS seriam necessários para cobrir o custo do trabalho ainda a ser feito em 2010.

340. Na resposta, a sra. Sharon Frahler, Gerente da Área de Gestão de Recursos Financeiros da RSPA, havia explicado que algumas das tarefas requeridas só poderiam ser concluídas após 1º. de janeiro de 2010, por exemplo, uma avaliação em 2010 do patrimônio e bens de investimento. Com respeito ao CAREC e CFNI, se estiverem em conformidade com as IPSAS, as suas contas seriam consolidadas com as da OPAS. Caso contrário, elas seriam mantidas separadas, mas ainda seriam preparadas segundo o formato das IPSAS.

341. Ela havia explicado que alguns dos custos recorrentes haviam correspondido apenas ao período de transição, mas outros continuariam. Ela havia estimado que a mudança de auditorias bienais para anuais, por exemplo, custaria um adicional de US\$ 50 mil ao ano, e uma análise minuciosa do valor do patrimônio da OPAS, a ser realizada a cada três anos, custaria cerca de US\$ 20 mil. Ela havia informado que um pouco menos de US\$ 200 mil do orçamento original para a implementação das IPSAS havia sido usado e que recursos adicionais em torno de US\$ 20 mil poderiam ser necessários.

342. Após o informe do dr. Slater, a Diretora observou que o plano para a implementação das IPSAS era no rumo certo para finalização, embora a transição tivesse sido um desafio considerável, em parte porque havia existido um aumento importante dos recursos da Organização, principalmente para suas atividades de compra, que haviam significado que o pessoal envolvido havia tido de lidar com um volume de trabalho maior e, ao mesmo tempo, cumprir com todos os novos requisitos contábeis. No entanto, os resultados de todo este trabalho haviam sido bastante satisfatórios, como foi confirmado no relatório do Auditor Externo (ver parágrafos 190–208 acima). Ela observou, também, que vários Estados Membros passaram pela mesma transição nas normas contábeis e que a RSPA estava ativamente trocando informação e experiências com eles.

343. O Comitê Executivo tomou nota do relatório de progresso.

Outros assuntos

344. O sr. David Hatch (Vice-Diretor Geral Adjunto, Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura) transmitiu ao Comitê os cumprimentos do dr. Victor Villalobos, diretor-geral do Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e recapitulou a história de colaboração do IICA com a OPAS em questões relativas à saúde pública, saúde animal e inocuidade dos alimentos. Um exemplo excelente desta colaboração era o trabalho realizado pelas duas organizações em resposta ao surto de influenza aviária em 2006. Atualmente, a colaboração do Instituto com a OPAS estava concentrada na modernização dos serviços de inocuidade dos alimentos e fortalecimento da capacidade dos líderes dos programas de inocuidade dos alimentos. O seu plano de trabalho para 2010–2014 incluía várias questões de interesse da OPAS, inclusive melhorar a segurança alimentar e a nutrição, fortalecer os sistemas nacionais de saúde e de inocuidade dos alimentos e harmonizar as normas sanitárias e fitosanitárias ao nível nacional e internacional com o objetivo de reduzir o risco da propagação de doenças através das fronteiras. O IICA esperava ansiosamente continuar a colaboração com a OPAS nestas áreas e outras áreas de interesse comum.

Encerramento da sessão

345. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 146ª Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e decisões

346. A seguir, resoluções e decisões aprovadas pelo Comitê Executivo na sua 146^a sessão:

Resoluções

CE146.R1: Arrecadação de cotas

A 146^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Diretor sobre a arrecadação das cotas (documento CE146/23 e Add. I), inclusive um relatório sobre a situação do fundo de reserva intitulado *Contribuições Voluntárias para os Programas Prioritários: Vigilância, prevenção e gestão de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Maior segurança na gravidez; HIV/AIDS; e Direção;*

Observando que nenhum Estado Membro está atrasado no pagamento de suas cotas na medida em que possam estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-americana da Saúde;

Em vista da redução significativa no atraso das contribuições de tal maneira que não há quantias pendentes antes do biênio 2008-2009;

Observando que há 22 Estados Membros que não efetuaram ainda os pagamentos de suas cotas para 2010;

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório do Diretor sobre a arrecadação de cotas, inclusive um relatório sobre a situação do fundo de reserva intitulado *Contribuições Voluntárias para os Programas Prioritários: Vigilância, prevenção e gestão de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Maior segurança na gravidez; HIV/AIDS; e Direção.*
2. Elogiar os Estados Membros pelo seu empenho no cumprimento de suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer esforços significativos para regularizar o pagamento de contribuições em atraso.

3. Agradecer os Estados Membros que já efetuaram os pagamentos referentes a 2010 e instar os outros Estados Membros a pagar todas as contribuições em aberto com a maior brevidade possível.
4. Solicitar que o Diretor continue informando os Estados Membros acerca de eventuais saldos devidos e informar o 50º Conselho Diretor acerca da situação da arrecadação das cotas.

(Primeira reunião, 21 de junho de 2010)

CE146.R2: Fundo diretor de investimentos de capital

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado a apresentação sobre o Relatório Financeiro da Diretora e o relatório do Auditor Externo para o período 1 de janeiro de 2008 a 31 dezembro de 2009 (Documento oficial 337 e documento CE146/24, Rev. 1);

Observando que, de acordo com o artigo 4.4 do Regulamento Financeiro, US\$4.216.656 foram transferidos à Conta *Holding* de OPAS como resultado do excesso de renda líquida sobre a despesa para o exercício financeiro de 2008-2009;

Informada de que US\$2,0 milhões da importância supracitada foram transferidos da Conta *Holding* ao Fundo Diretor de Investimentos de Capital em 2010, de acordo com a Resolução CSP27.R19 (parágrafo 3(b)) ;

Levando em consideração a necessidade de planejar adequadamente e prover financiamento para manutenção e reparo de edifícios de escritórios da OPAS e para substituição sistemática de equipamento de informática e telecomunicações, software e sistemas de apoio à infraestrutura de tecnologia da informação da Organização,

RESOLVE:

Autorizar a transferência da Conta *Holding* de um adicional de US\$2,0 milhões para a recomposição do Fundo Diretor de Investimentos de Capital, de acordo com parágrafo 3 (b) de Resolução CSP27.R19.

(Primeira sessão, 21 de junho de 2010)

CE146.R3: Taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Diretor, *Taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros* (documento CE146/28, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

**TAXA COBRADA PARA AS COMPRAS DE PROVISÕES DE SAÚDE PÚBLICA
PARA OS ESTADOS MEMBROS**

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento CD50/____, *Taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros*;

Observando o aumento significativo das compras de provisões de saúde pública através dos três mecanismos de compras da Repartição Sanitária Pan-Americana em nome dos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde, e a insuficiência progressiva dos recursos financeiros para os serviços administrativos que apóiam as atividades de compras,

RESOLVE:

1. Aumentar a atual taxa de três por cento (3%) cobrada para as compras de todas as provisões de saúde pública para Estados Membros da OPAS pela Repartição Sanitária Pan-Americana em 0,5% (meio por cento), totalizando 3,5% (três e meio por cento), para vigorar a partir de 1º de janeiro de 2011.
2. Creditar o montante gerado pelo 0,5% adicional dessa taxa ao Fundo especial para gastos de apoio a programas para cobrir os custos administrativos das atividades de compras em toda a Organização para os três mecanismos de compras a seguir:
 - Processo de compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros,
 - Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas,

- Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública.

(Segunda reunião, 21 de junho de 2010)

CE146.R4 Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (documento CE146/6);

Consciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não-Governamentais* (Resolução CESS.R1, janeiro de 2007),

RESOLVE:

1. Manter relações oficiais da OPAS com a Confederação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCLI) e com a Aliança Nacional de Saúde Hispânica.
2. Admitir relações oficiais do EMBARQ – Centro de Transporte Sustentável do World Resources Institute – com a OPAS por um período de quatro anos.
3. Solicitar à Diretora que:
 - (a) Comunique às respectivas organizações não-governamentais as decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
 - (b) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as ONG interamericanas de interesse da Organização em áreas que se enquadrem nas prioridades programáticas adotadas pelos Órgãos Diretivos da OPAS;
 - (c) continue fomentando relações entre os Estados Membros e as ONG que operam no campo da saúde.

(Segunda sessão, 21 de junho de 2010)

CE146.R5: Nomeação de três membros do comitê de auditoria da OPAS

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que a resolução CD49.R2 (2009) do Conselho Diretor estabeleceu o Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para atuar como um órgão que preste assessoria especializada e independente ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e aos Estados Membros da OPAS;

Orientada pelos Termos de Referência do Comitê de Auditoria, os quais estabelecem o processo que o Comitê Executivo deve seguir para a avaliação e a nomeação dos membros do Comitê de Auditoria da OPAS;

Observando que os Termos de Referência do Comitê de Auditoria estipulam que seus membros exerçam no máximo dois mandatos completos de três anos cada um, com exceção dos três membros iniciais do Comitê, cujo primeiro mandato será de dois, três e quatro anos, respectivamente,

RESOLVE:

1. Agradecer à Diretora da RSPA e ao Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração por seu minucioso trabalho de seleção e indicação de candidatos altamente qualificados para fazer parte do Comitê de Auditoria da OPAS.
2. Nomear os seguintes candidatos como membros do Comitê de Auditoria da OPAS:
 - Sr. Alain Gillette, para um mandato inicial de quatro anos,
 - Sra. Carman L. LaPointe, para um mandato inicial de três anos,
 - Sr. Peter Maertens, para um mandato inicial de dois anos.

(Terceira reunião, 22 de junho de 2010)

CE146.R6: Plano de ação de hospitais seguros

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de ação de hospitais seguros* (documento CE146/20), baseado no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012,

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que considere a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO DE HOSPITAIS SEGUROS

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de ação de hospitais seguros* (documento CD50/___), baseado no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012;

Levando em consideração que os Órgãos Diretivos da OPAS apoiaram firmemente a adoção de uma iniciativa regional para hospitais seguros;

Observando que a Resolução CD45.R8 do 45.º Conselho Diretor (2004) resolve “Reiterar aos Estados Membros que adotem o lema de ‘hospitais seguros em situação de desastres’ como uma política nacional de redução de riscos, que estabeleçam a meta de que todos os hospitais novos sejam construídos com um nível de proteção que garanta melhor sua capacidade de continuar funcionando em situações de desastre e que implantem medidas adequadas de alívio para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes, especialmente os que prestam atenção primária”;

Ressaltando que a Conferência Mundial em Redução dos Desastres (2005) das Nações Unidas aprovou o “Quadro de Ação de Hyogo para 2005–2015”, no qual os 169 países participantes adotaram como meta que, até 2015, todos os países devem “Integrar o planejamento da redução do risco de desastre no setor da saúde; promover o objetivo de ‘hospitais a salvo de desastres’ ...”;

Lembrando que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (2007) aprovou a Resolução CSP27.R14, *Hospitais seguros: Iniciativa regional para estabelecimentos de saúde capazes de resistir aos efeitos dos desastres*;

Tomando nota que o relatório final da mesa redonda, *Hospitais seguros: uma meta ao nosso alcance*, apresentado no 49.º Conselho Diretor, recomenda aos países elaborar planos de trabalho para alcançar a meta de hospitais seguros;

Reconhecendo que, para alcançar a meta de hospitais seguros em situação de desastres até 2015, é necessário implementar um plano de ação regional com ampla participação dos Estados Membros da Organização e o apoio do Secretariado,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano de ação de hospitais seguros.
2. Reiterar aos Estados Membros que:
 - a) priorizem a adoção de uma política nacional de hospitais seguros;
 - b) melhorem a coordenação dentro e fora do setor da saúde a fim de unir esforços em nível nacional e subnacional para fazer melhor uso de todos os recursos disponíveis;
 - c) implementem progressivamente as atividades contidas no Plano de ação para alcançar a meta de que todos os hospitais novos sejam construídos com um nível de proteção que garanta seu funcionamento em casos de desastres;
 - d) implementem medidas adequadas de alívio para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes;
 - e) coordenem com os outros países da Região o intercâmbio de experiências e instrumentos, assessoria conjunta, monitoramento e avaliação dos avanços na implementação do Plano de ação.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que promova a coordenação e o andamento do Plano de ação por meio da integração das ações por áreas programáticas da OPAS nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interagencial;
 - b) que continue fortalecendo a capacidade da Organização de propiciar cooperação técnica para os Estados Membros na implementação do Plano de ação de acordo com as necessidades e as prioridades nacionais específicas;

- c) que apóie o desenvolvimento de instrumentos e guias técnicos comuns como a lista de verificação e o Índice de Segurança Hospitalar para facilitar o acompanhamento do avanço na implementação do Plano de ação;
- d) que fomente o fortalecimento de alianças com organismos especializados e centros de excelência no campo de redução de risco de desastres, a fim de captar recursos humanos e financeiros e tecnologia necessários para melhorar a segurança dos serviços de saúde em situação de desastres;
- e) que apresente relatórios periódicos aos Órgãos Diretivos sobre o avanço na implementação do Plano de ação.

(Terceira reunião, 22 de junho de 2010)

CE146.R7: Fortalecimento dos programas de imunização

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento conceitual *Fortalecimento dos programas de imunização* (documento CE146/19, Rev. 1) e considerando os importantes avanços obtidos pelos países na área de vacinação;

Considerando que a proteção dos programas nacionais e regionais de vacinação é condição indispensável para manter as conquistas alcançadas em todos os Estados Membros e enfrentar os novos desafios,

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

FORTALECIMENTO DOS PROGRAMAS DE IMUNIZAÇÃO

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento conceitual *Fortalecimento dos programas de imunização* (documento CD50/__) e considerando os importantes avanços obtidos pelos países na área de vacinação;

Reconhecendo que os Estados Membros e a Organização Pan-Americana da Saúde vêm realizando esforços efetivos para uniformizar as políticas e as estratégias de vacinação, promovendo a capacitação das equipes nacionais para o gerenciamento e execução efetiva dos programas nacionais, incluindo a integração do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas como o mecanismo de cooperação que favorece o acesso a produtos biológicos e outros insumos por todos os Estados Membros;

Reconhecendo que alguns Estados Membros definiram a vacinação como um bem público que tem contribuído de maneira significativa para a redução da mortalidade infantil e permitiu a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, bem como o controle epidemiológico de outras doenças evitáveis por vacinação na Região;

Reiterando que o Fundo Rotatório tem sido determinante no acesso oportuno e equitativo a vacinas para os Estados Membros e, como parte da cooperação técnica, tem permitido a padronização dos esquemas de vacinação nos países das Américas, a conquista de altas coberturas de vacinação e a resposta oportuna diante de surtos e outras emergências de saúde, bem como uma introdução acelerada para o uso das denominadas novas vacinas, tais como as vacinas contra o rotavírus, pneumococo, papilomavírus humano (HPV) e, recentemente, vírus da gripe A(H1N1);

Reconhecendo que a proteção dos programas nacionais e regionais de vacinação é condição indispensável para manter as conquistas alcançadas por todos os Estados Membros e que a redução nos níveis de vacinação em qualquer um dos países afeta diretamente os demais países,

RESOLVE:

1. Reiterar aos Estados Membros que:
 - a) ratifiquem os programas nacionais de vacinação como um bem público;
 - b) respaldem a visão e a Estratégia Regional de Imunização e cumpram os seguintes objetivos:
 - preservar as conquistas: uma Região livre de poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, com o controle da difteria, coqueluche e Hib;
 - completar a agenda inconclusa: erradicar o tétano neonatal; fazer o controle epidemiológico da hepatite B, da gripe sazonal e da febre amarela; conseguir que todos os municípios tenham coberturas vacinais maiores de 95% (usado

DPT3 como marcador) e completar a transição de um enfoque de vacinação dirigido à criança para um enfoque de vacinação integral da família;

- enfrentar os novos desafios: introduzir novas vacinas que contribuam para o alcance dos ODMs; fortalecer a capacidade nacional para a tomada de decisão; promover a sustentabilidade financeira do PAI e fortalecer os serviços de vacinação e imunização no âmbito dos sistemas e serviços baseados na atenção primária à saúde;
- respaldar o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS como o mecanismo de cooperação estratégico que permite o acesso oportuno e equitativo dos Estados Membros aos insumos do Programa de Imunização.

2. Solicitar à Diretora:

- a) que continue prestando apoio técnico aos Estados Membros para fortalecer a capacidade operacional dos programas nacionais de vacinação no âmbito da atenção primária à saúde, utilizando estratégias que permitam garantir ações nos municípios com baixa cobertura, bem como em populações desfavorecidas e de difícil acesso;
- b) que proporcione acompanhamento técnico aos Estados Membros para a tomada de decisão baseada em dados comprovados por meio da Rede ProVac de Centros de Excelência;
- c) que fortaleça e mantenha o Fundo Rotatório eficiente e ativo, baseado nos princípios e nas regras que têm proporcionado resultados bem-sucedidos em seus 30 anos de operação.

(Quarta reunião, 22 de junho de 2010)

CE146.R8: *Desenvolvimento das competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde*

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora sobre a estratégia *Desenvolvimento das competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde* (documento CE146/16), com base no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008–2012,

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que considere a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

**ESTRATÉGIA PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE NOS SISTEMAS DE SAÚDE BASEADOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia para o desenvolvimento das competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde* (documento CD50/___), com base no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008–2012,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) reiterar seu compromisso para o alcance das Metas regionais de recursos humanos para a saúde 2007–2015 e o desenvolvimento de planos nacionais de recursos humanos em coordenação com os setores e atores sociais relevantes;
 - b) estabelecer mecanismos e modalidades de coordenação e de cooperação com as instâncias nacionais encarregadas da educação, as instituições acadêmicas e outros atores interessados para promover uma maior convergência dos perfis e das competências dos futuros profissionais com as orientações e demandas do setor da saúde;
 - c) formular uma política de ensino que inclua a aprendizagem por meios virtuais dirigida a todos os níveis e entidades do sistema de saúde, bem como a definição de quadros de referência de competência para as equipes de saúde familiar e comunitária, com ênfase especial na interculturalidade;
 - d) adotar a estratégia de redes de aprendizagem (*eLearning*) com o enfoque de educação contínua, com o uso das tecnologias da informação e comunicação orientadas à transformação das práticas de saúde vigentes e do comportamento institucional;
 - e) promover, entre os países e territórios da Região, a produção e o intercâmbio de recursos abertos de aprendizagem e de experiências.

2. Solicitar à Diretora:
- a) que intensifique a cooperação técnica da Organização com os Estados Membros na formulação de políticas e planos de aprendizagem e de *eLearning* dirigidos aos profissionais da saúde em serviço;
 - b) que dê apoio aos países da Região bem como às iniciativas sub-regionais no desenvolvimento de estratégias e mecanismos de coordenação e cooperação entre a autoridade sanitária nacional e as instituições de educação no contexto de compromisso e de responsabilidade social partilhados para a renovação da atenção primária à saúde;
 - c) que incentive a criação de redes de aprendizagem articuladas no plano regional e a produção de recursos de aprendizagem para fortalecer as capacidades de liderança e de condução do setor da saúde em assuntos prioritários para a Região;
 - d) que contribua para fortalecer, através do Campus Virtual em Saúde Pública, as capacidades dos países no desenvolvimento das competências de seus profissionais da saúde e no uso das tecnologias da informação e de comunicação.

(Quinta reunião, 23 de junho de 2010)

CE146.R9: Centros Pan-Americanos

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Situação dos Centros Pan-Americanos* (documento CE146/22, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

CENTROS PAN-AMERICANOS

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Situação dos Centros Pan-Americanos* (documento CD50/__);

Considerando o mandato da Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP20.R31, 1978) no sentido de que seja feita uma avaliação periódica de cada um dos Centros Pan-Americanos;

Tomando nota que a evolução constante do clima político, tecnológico e econômico nos Estados Membros da OPAS torna necessário atualizar e reexaminar as modalidades de cooperação técnica prestada pela Organização, a fim de otimizar sua eficácia;

Reconhecendo os esforços da Repartição para harmonizar os Centros Pan-Americanos com as políticas regionais aprovadas pelos Órgãos Diretivos da OPAS,

RESOLVE:

1. Tomar nota da transferência bem-sucedida da administração do Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP) ao Conselho Diretor do Instituto e agradecer à Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana por ter conduzido esse processo de transferência de maneira participativa, eficaz e transparente, tendo obtido os consensos necessários para permitir a viabilidade do Instituto nesta nova etapa de sua autonomia administrativa.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) continuarem colaborando com a Repartição na avaliação periódica dos Centros Pan-Americanos, com o fim de determinar se estes continuam oferecendo a modalidade mais apropriada e eficaz de cooperação técnica;
 - b) continuarem trabalhando estreitamente com a Repartição no desenvolvimento institucional dos Centros Pan-Americanos, em sua redefinição de outras modalidades de funcionamento que permitam otimizar seus gastos operacionais e, quando seja oportuno, na transferência da responsabilidade pela sua administração ou operação aos Estados Membros ou a organizações sub-regionais por eles formadas.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue trabalhando em consulta com o Governo do Brasil na elaboração de um Projeto de Desenvolvimento Institucional do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) para ser apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS em 2011;

- b) apóie o estabelecimento de um fundo fiduciário que concentrará recursos financeiros mobilizados para a erradicação da febre aftosa na Região das Américas;
- c) dê prosseguimento às negociações com o Governo do Brasil a fim de concluir o estabelecimento do novo marco institucional para o Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME), incluindo a conclusão de um novo convênio básico para o BIREME no Brasil e um novo acordo referente a instalações e funcionamento do BIREME no recinto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
- d) dê prosseguimento às negociações com o Governo do Peru para converter o Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) em uma Equipe Técnica Regional sobre Água e Saneamento (ETRAS);
- e) continue a avaliação do acordo sobre o Programa Regional de Bioética com o Governo do Chile e a Universidade do Chile, bem como das diferentes modalidades disponíveis para dar continuidade ao trabalho da Organização em bioética na Região;
- f) continue trabalhando com a Secretaria da Comunidade do Caribe (CARICOM) para implementar a Iniciativa de Cooperação para a Saúde no Caribe em sua terceira etapa (CCH 3) e para a transferência das funções e dos recursos pertinentes do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e do Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) ao âmbito da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), em conformidade com os termos e condições que sejam oportunamente ajustados com os Estados Membros.

(Quinta reunião, 23 de junho de 2010)

CE146.R10: Agenda provisória do 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (documento CD50/1) preparada pela Diretora para o 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como anexo ao documento CE146/3, Rev. 2;

Tendo em mente as disposições do Artigo 12.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e do artigo 7 do Regulamento Interno do Conselho Diretor,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (documento CD50/1) preparada pela Diretora para o 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Sexta sessão, 23 de junho de 2010)

CE146.R11: Prêmio OPAS em Administração 2010

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração 2010 (documento CE146/5, Add. I);

Tendo presente as disposições do Procedimento e os Critérios para conferir o Prêmio OPAS em Administração, conforme foram aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994), pela 124ª sessão do Comitê Executivo (1999), pela 135ª sessão do Comitê Executivo (2004) e pela 140ª sessão do Comitê Executivo (2007);

Tomando nota da recomendação do Júri no sentido de se fazer uma modificação no Procedimento,

RESOLVE:

1. Felicitar a todos os candidatos ao Prêmio OPAS em Administração 2010 pelo excelente nível profissional e pelo destacado trabalho que realizam em benefício dos países da Região.
2. Tomar nota da decisão do Júri de que seja adjudicado o Prêmio OPAS em Administração 2010 à Dra. Elsa Yolanda Palou, de Honduras, pelo impacto nacional e sub-regional que suas atividades administrativas, médicas, docentes e investigativas têm tido na qualidade da atenção dada aos pacientes com doenças transmissíveis, especialmente aqueles que vivem com HIV/AIDS.
3. Modificar o parágrafo 11 do Procedimento que passa a ter a seguinte redação: “Os candidatos que não tenham sido escolhidos poderão ser novamente propostos para consideração. Nesse caso, bastará uma comunicação simples, na qual seja incluído qualquer dado adicional pertinente” (ver o Procedimento e os Critérios em anexo).

4. Encaminhar o relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração 2010 (documento CE146/5, Add. I), juntamente com o Procedimento modificado e os Critérios ao 50º Conselho Diretor.

Anexo

(Sexta reunião, 23 de junho de 2010)

Anexo

PROCEDIMENTO E CRITÉRIOS DE ADJUDICAÇÃO DO PRÊMIO OPAS EM ADMINISTRAÇÃO

Os Governos dos países das Américas, por intermédio de seus representantes nas reuniões dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde, outorgam anualmente o Prêmio OPAS em Administração, em reconhecimento de uma contribuição destacada em matéria de gestão administrativa no âmbito dos serviços nacionais de saúde.

Procedimentos

1. Com o propósito de contribuir para o aperfeiçoamento da gestão dos sistemas e serviços de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde instituiu o Prêmio OPAS em Administração de Saúde, que consiste em um diploma e no montante de US\$5.000. Para concedê-los, celebrar-se-á um concurso anual. Esta importância será modificada, caso necessário, pelo Comitê Executivo, atendendo a recomendação prévia do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.

2. O Prêmio será adjudicado ao candidato que haja contribuído significativamente, em seu próprio país e na Região das Américas, para o fortalecimento do desenvolvimento sanitário, por intermédio da gestão e execução de serviços e programas, do ensino e da pesquisa.

3. O Presidente do Comitê Executivo designará o Júri do Prêmio, que será constituído por três representantes dos Estados Membros de dito Comitê, os quais exercerão suas funções pelo tempo correspondente ao seu mandato como membros do Comitê Executivo. O Presidente preencherá as vagas que venham a ocorrer entre os membros do Júri. Quando forem apresentados candidatos dos mesmos países representados no Júri, o Presidente do

Comitê Executivo designará outros representantes dos Governos Membros do Comitê em substituição aos anteriores e seu mandato terá validade unicamente para essa ocasião.

4. O Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana convidará os Governos Membros a apresentar um candidato ao prêmio. Só será recebida uma candidatura por país.

5. Os candidatos serão propostos pelos Governos Membros da OPAS, através de seus Ministérios da Saúde.

6. A proposição de candidatos será feita de modo ser recebida pelo Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana antes de 31 de março, e será acompanhada do *curriculum vitae* e de documentação que comprove a natureza e a qualidade do trabalho realizado. Essa documentação incluirá uma breve descrição do efeito do trabalho do candidato sobre o desenvolvimento da prática da gestão da saúde em seu país de origem e no nível da Região das Américas. Para facilitar o trabalho do Júri, deverá ser juntado um formulário padrão elaborado pela OPAS com os dados requeridos sobre todos os candidatos. Esse formulário e a documentação que comprove os méritos do candidato deverão ser ultimados em sua totalidade da maneira mais completa possível e respondendo de forma precisa e objetiva a todas as perguntas nele formuladas. Enviar-se-ão o original e três cópias de toda a documentação.

7. O Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana encaminhará aos membros do Júri do Prêmio cópias da documentação apresentada, no prazo de pelo menos 45 dias antes da data do início da primeira reunião anual do Comitê Executivo. Dessa maneira, o Júri poder-se-á reunir e decidir sobre a adjudicação do Prêmio durante as sessões do Comitê Executivo e informar sua decisão ao mesmo. O Comitê Executivo transmitirá a decisão ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

8. As propostas de candidaturas recebidas pelo Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana depois de 31 de março ficarão pendentes, a fim de serem examinadas pelo Júri para o ano seguinte.

9. Será facultado ao Júri declarar nulo o Prêmio se nenhum candidato satisfizer os critérios aprovados.

10. Em um ano em que seja proposta apenas uma candidatura dentro do prazo estabelecido, será facultado ao Júri deixar pendente essa candidatura para ser considerada com outras recebidas no ano seguinte.
11. Os candidatos que não tenham sido escolhidos poderão ser novamente propostos para consideração. Nesse caso, bastará uma comunicação simples, na qual seja incluído qualquer dado adicional pertinente.
12. A proclamação do ganhador do Prêmio será feita durante a reunião do Conselho Diretor ou da Conferência Sanitária Pan-Americana.
13. Se possível, o Prêmio será apresentado durante a reunião correspondente do Conselho Diretor ou da Conferência Sanitária Pan-Americana; o custo de viagem será coberto pelo governo interessado.
14. Quando dita apresentação não seja possível, as alternativas incluirão:
 - a) Recepção do Prêmio em nome do candidato durante a reunião do Conselho Diretor ou da Conferência Sanitária Pan-Americana, por um membro da delegação de seu país.
 - b) Apresentação no país de origem pelo Representante da OPAS/OMS, em nome do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.
15. Qualquer que seja o método de apresentação do Prêmio, este será objeto de publicidade apropriada nos órgãos de informação, tanto pela Repartição Sanitária Pan-Americana como pelo governo interessado.
16. O Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana solicitará aos Estados Membros que dêem maior atenção à possibilidade de utilizar o Prêmio para impulsionar o aprimoramento da gestão da saúde no âmbito dos sistemas e serviços nacionais de saúde.
17. A fim de reforçar sua importância e enfatizar sua contribuição ao aprimoramento da gestão administrativa, do ensino e da pesquisa, o Prêmio será associado a um tema pertinente às prioridades estratégicas da Organização. Além disso, será incrementado o papel das Representações nos Países e dos programas regionais na difusão da convocatória e no incentivo à apresentação de postulantes de excelência nas respectivas áreas.

18. Estas normas gerais e os critérios de adjudicação serão revistos a qualquer momento que seja julgado oportuno em vista da experiência adquirida. As modificações aprovadas pelo Comitê Executivo serão submetidas à consideração do Conselho Diretor ou da Conferência Sanitária Pan-Americana.

Critérios

1. Júri avaliará os méritos relativos dos candidatos com relação ao seguinte:
 - a) Excelência na prática da gestão em nível nacional ou local, identificando e documentando mudanças substanciais na melhoria dos sistemas e serviços de saúde e nas condições de saúde em nível nacional e da Região das Américas.
 - b) São também recomendáveis e constituem um mérito adicional a experiência e as contribuições destacadas em ensino e pesquisa em administração e execução de programas de saúde que tenham tido efeitos positivos sobre as atividades sanitárias em nível nacional e/ou internacional e sejam amparadas pelo testemunho de pares, associações profissionais, instituições acadêmicas e de pesquisa, em termos da importância da contribuição do postulante ao desenvolvimento da liderança em saúde. Esta informação deverá ser incluída na documentação de comprobatória.

CE146.R12: Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica* (documento CE146/18),

RESOLVE:

Recomendar ao Conselho Diretor que adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO DA DESNUTRIÇÃO CRÔNICA

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica* (documento CD50/__);

Levando em conta os mandatos internacionais emanados da Assembleia Mundial da Saúde, em particular as resoluções WHA55.23 e WHA56.23, assim como os compromissos dos Estados Membros da Região das Américas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM);

Reconhecendo as consequências da desnutrição infantil para o desenvolvimento físico e cognitivo, a resposta imunológica e o risco de adoecer ou de morrer prematuramente, assim como para o rendimento escolar e a capacidade funcional, a formação de capital humano, a produtividade e o bem-estar individual e coletivo;

Reconhecendo o direito das crianças a se desenvolverem física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade;

Reconhecendo que as condições de vida e a desnutrição em idade tenra da vida condicionam o desenvolvimento de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas (diabetes, hipertensão, arteriosclerose, entre outras) com graves consequências para o bem-estar da população, a carga social por invalidez resultante e os anos de vida produtiva perdidos;

Ressaltando que na Região das Américas o indicador de altura para a idade reflete melhor tanto a falta prolongada de acesso a uma alimentação adequada como o efeito de outros fatores sociais ligados à pobreza e que, com a tendência atual que este indicador apresenta, vários países talvez não consigam alcançar em 2015 a Meta 2 do ODM 1 e dificilmente alcançarão o ODM 4 e o ODM 5;

Reiterando que a nutrição é um fator condicionante do desenvolvimento humano e, ao mesmo tempo, é afetado por um conjunto de determinantes sociais e econômicos;

Reconhecendo o alto grau de complementaridade entre esta estratégia e outras como a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Nutrição na Saúde e no Desenvolvimento 2006-2015 e a resolução sobre o Apoio aos Esforços para a Erradicação da Desnutrição Infantil nas Américas, da Assembleia Geral da OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acolhendo com satisfação o quadro conceitual e operacional aprovado por consenso interinstitucional na Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento (APND), para a abordagem da desnutrição (desnutrição aguda e crônica, sobrepeso, obesidade e deficiências específicas de micronutrientes),

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica e sua consideração em políticas, planos e programas de desenvolvimento, assim como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita criar as condições propícias para prevenir a desnutrição crônica.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) deem prioridade às ações intersetoriais para prevenir a desnutrição crônica;
 - b) promovam o diálogo e a coordenação entre ministérios e outras instituições do setor público, assim como entre os setores público e privado e a sociedade civil, para obter consensos nacionais com relação ao enfoque dos determinantes sociais e o enfoque do curso da vida na prevenção da desnutrição crônica;
 - c) proponham e implementem políticas, planos, programas e intervenções interministeriais destinados a prevenir a desnutrição crônica em todos os níveis de governo dos Estados Membros;
 - d) estabeleçam um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas de políticas, planos, programas e intervenções que permita conhecer não só seu impacto sobre a redução da desnutrição crônica, mas também a situação de seus determinantes sociais, e orientar a tomada de decisões de maneira oportuna;
 - e) implantem processos de revisão e análise internos sobre a pertinência e viabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) proporcione apoio aos Estados Membros, em colaboração com outras agências internacionais, para iniciar um processo de análise interna da aplicabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação e a implementação de atividades tendentes à sua execução;

- b) promova a implementação e coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo seu caráter transversal através das áreas programáticas e dos diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização;
- c) promova e consolide a colaboração com os países e entre eles, assim como o intercâmbio de experiências e de lições aprendidas;
- d) promova a incorporação de avaliações externas independentes na medição da redução da desnutrição crônica;
- e) apoie o desenvolvimento e o fortalecimento das capacidades dos recursos humanos e a prestação de serviços com qualidade;
- f) promova a formação de alianças nacionais, municipais e locais com outras agências internacionais, instituições técnico-científicas, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, setor privado e outros, seguindo o conjunto de intervenções integradas estabelecidas pela APND;
- g) informe periodicamente os Órgãos Diretores sobre os progressos e limitações na execução da presente Estratégia e Plano de Ação, assim como sua adequação a contextos e necessidades específicas.

(Sexta reunião, 23 de junho de 2010)

CE146.R13: Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo ao documento CE146/29;

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

Tendo em mente as disposições do Artigo 020 do Regulamento de Pessoal e 3,1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana;

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

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento de Pessoal, as emendas² ao Regulamento do Pessoal que foram feitas pela Diretora para vigorar a partir de 1 de julho de 2010, com respeito a definições, políticas de recrutamento, políticas de nomeação, férias, seguro contra doenças e acidentes, licença médica, licença-paternidade e recursos.
2. Fixar o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1 de janeiro de 2010, em US\$183.022 antes de efetuadas as deduções em folha, resultando em um salário líquido modificado de \$131.964 (com dependentes) ou \$119.499 (sem dependentes).
3. Fixar o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1 de janeiro de 2010, em US\$181.483 antes de efetuadas as deduções em folha, resultando em um salário líquido modificado de \$130.964 (com dependentes) ou \$118.499 (sem dependentes).
4. Recomendar ao 50º Conselho Diretor que ajuste o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e emende o artigo 4.3 do Regulamento do Pessoal aprovando a seguinte resolução:

**SALÁRIO DO DIRETOR E EMENDAS AO REGULAMENTO DE PESSOAL DA
REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo visto o documento CD50/___;

Considerando o reajuste da escala salarial básica das categorias profissional e superior do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010;

Levando em conta a decisão, adotada pelo Comitê Executivo em sua 146ª sessão, de ajustar os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana,

² Ver anexo A.

RESOLVE:

1. Fixar o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2010, em US\$ 201.351 antes de deduzir as contribuições do pessoal, resultando num salário líquido modificado de US\$ 143.878 (com dependentes) ou US\$ 129.483 (sem dependentes).
2. Aprovar a modificação do parágrafo 4.3 do Regulamento de Pessoal,³ mediante a qual se esclarece que os princípios de diversidade e inclusão devem ser considerados na contratação de pessoal.

Anexos

(Sétima sessão, 24 de junho de 2010)

³ Ver anexo B.

REGULAMENTO DO PESSOAL

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
310. DEFINIÇÕES ... 310.4. “Última remuneração” é o valor usado no cálculo dos pagamentos de exoneração estabelecido no Artigo 380.2. Para os funcionários da categoria de serviços gerais, “última remuneração” é equivalente ao salário-base bruto (menos os impostos do pessoal) mais o subsídio pelo conhecimento de línguas. Para o pessoal das categorias profissionais e de alta graduação, a “última remuneração” é o salário-base líquido. ...	310. DEFINIÇÕES ... 310.4. “Última remuneração” é o valor usado no cálculo dos pagamentos de exoneração estabelecido no Artigo 380.2. Para os funcionários da categoria de serviços gerais e da categoria de servidores profissionais de contratação nacional, “última remuneração” é equivalente ao salário-base bruto (menos os impostos do pessoal) mais o subsídio pelo conhecimento de línguas. Para o pessoal das categorias profissionais e de alta graduação, a “última remuneração” é o salário-base líquido. ...
410. POLÍTICAS DE RECRUTAMENTO 410.1. As considerações primordiais na seleção do pessoal serão competência e integridade. Para os postos da categoria profissional e de alta graduação, também será dada grande consideração para a representação geográfica que por outro lado, não será levada em consideração para os postos sujeitos de contratação local. ...	410. POLÍTICAS DE RECRUTAMENTO 410.1. As considerações primordiais na seleção do pessoal serão competência e integridade com o devido respeito aos princípios de diversidade e inclusão. Para os postos da categoria profissional e de alta graduação, também será dada grande consideração para a representação geográfica que por outro lado, não será levada em consideração para os postos sujeitos de contratação local. ...

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
420. POLÍTICAS DE NOMEAÇÃO <u>1</u> ... 420.5. As nomeações podem ser em regime de tempo integral, meio-período ou pela duração efetiva do emprego. (...)	420. POLÍTICAS DE NOMEAÇÃO <u>1</u> ... 420.5. As nomeações podem ser em regime de tempo integral ou meio-período ou pela duração efetiva do emprego. (...)
630. LICENÇA ANUAL ... 630.3. Todos os funcionários acumulam licença anual, exceto: 630.3.1. os nomeados “pela duração efetiva do emprego”; 630.3.2. os titulares de cargos temporários como definido no Artigo 420.4, contratados por dia; 630.3.3. àqueles que tiraram licença não remunerada conforme o Artigo 655.1 de mais de 30 dias; 630.3.4. àqueles que tiraram licença especial com cobertura de seguro de mais de 30 dias; 630.3.5. quando de outro modo especificado no Regulamento.	630. LICENÇA ANUAL ... 630.3. Todos os funcionários acumulam licença anual, exceto: 630.3.1. os nomeados “pela duração efetiva do emprego”; 630.3. 2 1. os titulares de cargos temporários como definido no Artigo 420.4, contratados por dia; 630.3. 3 2. àqueles que tiraram licença não remunerada conforme o Artigo 655.1 de mais de 30 dias; 630.3. 4 3. àqueles que tiraram licença especial com cobertura de seguro de mais de 30 dias; 630.3. 5 4. quando de outro modo especificado no Regulamento.

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
720. SEGURO DE DOENÇA E CONTRA ACIDENTES ... 720.2.2. Os funcionários contratados por um período inferior a um ano e os com “contratos pela duração efetiva do emprego” terão um seguro com cobertura de despesas médicas e hospitalares, morte e invalidez em conformidade com as disposições da respectiva apólice de seguro. Os participantes contribuirão para custear o seguro.	720. SEGURO DE DOENÇA E CONTRA ACIDENTES ... 720.2.2. Os funcionários contratados por um período inferior a um ano e os com “contratos pela duração efetiva do emprego” terão um seguro com cobertura de despesas médicas e hospitalares, morte e invalidez em conformidade com as disposições da respectiva apólice de seguro. Os participantes contribuirão para custear o seguro.
740. LICENÇA MÉDICA 740.1. Os funcionários, exceto os com “contratos pela duração efetiva do emprego” e aqueles excluídos das disposições dos Artigos 1320, que não tiverem condições de exercer suas funções em decorrência de doença ou acidente, ou que não podem comparecer ao local de trabalho por motivos de saúde pública, poderão receber licença médica remunerada dentro dos seguintes limites: ...	740. LICENÇA MÉDICA 740.1. Os funcionários, exceto os com “contratos pela duração efetiva do emprego” e aqueles excluídos das disposições dos Artigos 1320, que não tiverem condições de exercer suas funções em decorrência de doença ou acidente, ou que não podem comparecer ao local de trabalho por motivos de saúde pública, poderão receber licença médica remunerada dentro dos seguintes limites: ...

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
763. LICENÇA-PATERNIDADE Mediante a apresentação de comprovação satisfatória do nascimento de um filho, um funcionário, exceto os que ocupam cargos temporários como definido no Artigo 420.4, terá direito a quatro semanas de licença-paternidade ou, em circunstâncias excepcionais, a oito semanas de licença. Os funcionários de contratação internacional, que prestam serviço em um local designado para prestação de serviço em que não mora a sua família, terão direito a oito semanas de licença-paternidade. A licença-paternidade precisa ser usada por completo nos 12 meses seguintes à data de nascimento do filho.	763. LICENÇA-PATERNIDADE Mediante a apresentação de comprovação satisfatória do nascimento de um filho, um funcionário, exceto os que ocupam cargos temporários como definido no Artigo 420.4, terá direito a quatro semanas de licença-paternidade ou, em circunstâncias excepcionais, a oito semanas de licença. Os funcionários de contratação internacional, que prestam serviço em um local designado para prestação de serviço em que não mora a sua família, terão direito a oito semanas de licença-paternidade. A licença-paternidade precisa ser usada por completo nos 12 meses seguintes à data de nascimento do filho. 763.1. Mediante a apresentação de comprovação satisfatória do nascimento de um filho, um funcionário terá direito à licença-paternidade. A licença-paternidade precisa ser usada por completo nos 12 meses seguintes a partir da data de nascimento da criança. 763.2. Os funcionários que ocupam cargos de prazo fixo, como definido no Artigo 420.3 do Regulamento de Pessoal, ou cargos de serviços como definido no Artigo 420.2 do Regulamento de Pessoal, terão direito a: 763.2.1. Quatro semanas de licença-paternidade ou, em circunstâncias excepcionais, a oito semanas de licença. 763.2.2. Os funcionários de contratação internacional, que prestam serviço em um local designado para prestação de serviço em que não mora a sua família, terão direito a oito semanas de licença-paternidade. 763.3. Os funcionários que ocupam cargos temporários, como definido no Artigo 420.4, terão direito a duas semanas de licença-paternidade.

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
1230 CONSELHO DE RECURSO ... 1230.4. As seguintes disposições regerão as condições para entrar com recurso: 1230.4.1. Nenhum funcionário poderá entrar com um recurso perante o Conselho até que se tenham esgotado todos os recursos administrativos existentes e a medida contestada seja definitiva. Será considerada definitiva qualquer decisão adotada por um funcionário devidamente autorizado e comunicada por escrito ao funcionário em questão. ...	1230 CONSELHO DE RECURSO ... 1230.4. As seguintes provisões regerão as condições da exortação: 1230.4.1. Nenhum funcionário poderá entrar com um recurso perante o Conselho até que se tenham esgotado todos os recursos administrativos existentes e a medida contestada seja definitiva. Será considerada definitiva qualquer decisão adotada por um funcionário devidamente autorizado funcionário de alto escalão administrativo da área de gestão de recursos humanos da Organização e comunicada por escrito ao funcionário em questão. ...

**Escala de salários para as categorias profissionais e de alta graduação mostrando os salários anuais brutos
e equivalentes líquidos após impostos do pessoal
(em dólares dos Estados Unidos)**

Em vigor a partir de 1º. de janeiro de 2010

		S T E P S														
Nível		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV
D-2	Bruto	149.903	*	*	*	*	*									
	Líquido D	110.434	112.589	114.744	116.900	119.054	121.209									
	Líquido S	101.454	103.273	105.085	106.891	108.693	110.485									
D-1	Bruto	137.021	139.804	142.581	145.365	148.149	150.972	153.885	156.794	159.703						
	Líquido D	101.674	103.567	105.455	107.348	109.241	111.132	113.025	114.916	116.807						
	Líquido S	93.979	95.623	97.264	98.900	100.534	102.164	103.787	105.410	107.028						
P-5	Bruto	113.404	115.771	118.140	120.504	122.874	125.238	127.607	129.974	132.341	134.707	*	*	*		
	Líquido D	85.615	87.224	88.835	90.443	92.054	93.662	95.273	96.882	98.492	100.101	101.711	103.320	104.931		
	Líquido S	79.537	80.967	82.393	83.818	85.241	86.659	88.077	89.491	90.904	92.314	93.721	95.124	96.528		
P-4	Bruto	92.907	95.064	97.221	99.378	101.626	103.909	106.196	108.478	110.763	113.044	115.331	117.612	119.897	122.182	124.468
	Líquido D	71.393	72.946	74.499	76.052	77.606	79.158	80.713	82.265	83.819	85.370	86.925	88.476	90.030	91.584	93.138
	Líquido S	66.482	67.897	69.311	70.720	72.130	73.539	74.946	76.351	77.754	79.157	80.558	81.958	83.357	84.755	86.151
P-3	Bruto	75.972	77.968	79.967	81.961	83.960	85.956	87.951	89.951	91.947	93.943	95.943	97.936	99.936	102.044	104.157
	Líquido D	59.200	60.637	62.076	63.512	64.951	66.388	67.825	69.265	70.702	72.139	73.579	75.014	76.454	77.890	79.327
	Líquido S	55.259	56.581	57.906	59.227	60.551	61.871	63.192	64.517	65.837	67.159	68.477	69.796	71.112	72.431	73.749
P-2	Bruto	61.919	63.707	65.492	67.279	69.065	70.850	72.638	74.419	76.208	77.996	79.779	*			
	Líquido D	49.082	50.369	51.654	52.941	54.227	55.512	56.799	58.082	59.370	60.657	61.941	63.229			
	Líquido S	46.037	47.205	48.368	49.534	50.698	51.864	53.049	54.230	55.417	56.600	57.781	58.967			
P-1	Bruto	47.968	49.496	51.146	52.867	54.579	56.296	58.014	59.732	61.444	63.161					
	Líquido D	38.854	40.092	41.325	42.564	43.797	45.033	46.270	47.507	48.740	49.976					
	Líquido S	36.651	37.790	38.930	40.068	41.207	42.344	43.484	44.609	45.728	46.848					

D = Índice aplicável aos funcionários com cônjuge ou filho dependente.

S = Índice aplicável aos funcionários sem cônjuge ou filho dependente.

* = O período normal para ter direito a um aumento dentro do mesmo nível entre escalões consecutivos é de um ano, exceto para os escalões marcados com um asterisco, para os quais se requer um período de dois anos no escalão anterior.

REGULAMENTO DO PESSOAL

TEXTO ANTERIOR	TEXTO NOVO
ARTIGO IV Nomeação e promoção ... 4.3. A seleção dos funcionários será feita independentemente de raça, credo ou sexo, baseada em uma avaliação completa das habilidades e experiência relevantes de um indivíduo e normalmente será feita mediante processo competitivo. Não será exigido processo competitivo de seleção quando for de interesse da Repartição preencher um cargo vago mediante remanejamento de um funcionário sem promoção. ...	ARTIGO IV Nomeação e promoção ... 4.3. A seleção dos funcionários levará em consideração os princípios de diversidade e inclusão e será feita independentemente de raça, credo ou sexo ou deficiência, baseada em uma avaliação completa das habilidades e experiência relevantes de um indivíduo e normalmente será feita mediante processo competitivo. Não será exigido processo competitivo de seleção quando for de interesse da Repartição preencher um cargo vago mediante remanejamento de um funcionário sem promoção. ...

CE146.R14: Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento CE146/14, Rev. 1, Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO, CONTROLE E ATENÇÃO À DOENÇA DE CHAGAS

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento CD50/__, *Estratégia e plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas*, e levando em consideração:

- a) que existem mandatos e resoluções anteriores da Organização Pan-Americana da Saúde, como a resolução CD49.R19 do 49º Conselho Diretor (2009), *Eliminação das doenças desatendidas e outras infecções relacionadas à pobreza*, e a resolução WHA63.20 da Assembleia Mundial da Saúde (2010), *Doença de Chagas: controle e eliminação*;
- b) a necessidade de cumprir a “agenda inacabada”, já que a proporção da população afetada continua sendo alta entre as populações mais pobres e mais marginalizadas das Américas, e de abordar os determinantes da saúde para reduzir a carga sanitária, social e econômica representada pela doença de Chagas;
- c) a vasta experiência da Região das Américas na implementação de estratégias para a eliminação de doenças transmissíveis e os progressos obtidos na redução da carga que significa a doença de Chagas, para cuja prevenção e controle existem intervenções de saúde pública adequadas e eficazes em função do custo;
- d) os resultados obtidos pelos Estados Membros por meio das iniciativas sub-regionais de prevenção e controle da doença de Chagas, mas consciente da necessidade de ampliar as ações existentes,

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para a prevenção, o controle e a atenção à doença de Chagas.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) revisem os planos nacionais ou estabeleçam novos planos para prevenção, controle e otimização do acesso à atenção médica da doença de Chagas com um enfoque integral que abranja os determinantes sociais da saúde, levando em conta a colaboração interprogramática e a ação intersetorial;
 - b) fortaleçam e privilegiem o âmbito das iniciativas sub-regionais de prevenção e controle da doença de Chagas, incorporando às mesmas o componente de atenção médica aos afetados, para seguir avançando mediante a cooperação técnica entre países para o alcance dos objetivos propostos;
 - c) forneçam os recursos necessários e implementem a Estratégia e o Plano de Ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas;
 - d) multipliquem esforços para alcançar a meta já estabelecida de eliminação da transmissão vetorial de *T. cruzi* no ano 2015, assim como para atuar sobre as vias de transmissão transfusional, transplacentária, por doação de órgãos e outras;
 - e) ponham em prática as estratégias de prevenção, diagnóstico, atenção médica, tratamento e controle vetorial de maneira integrada, com ampla participação comunitária, de modo a que contribuam para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, incluindo a atenção primária à saúde e os sistemas de vigilância e de alerta e resposta, levando em conta as particularidades de gênero e dos grupos étnicos;
 - f) apoiem as pesquisas tendentes a fornecer evidências científicas apropriadas nas áreas de controle, vigilância, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas para alcançar as metas estabelecidas na presente Estratégia e Plano de Ação, com ênfase no desenvolvimento de testes de diagnóstico acessíveis e oportunos, incluindo o teste de cura e medicamentos mais seguros.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que apóie a execução da Estratégia e Plano de Ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas e forneça a cooperação técnica necessária aos países para a preparação e execução dos planos nacionais de ação;

- b) que continue advogando por uma mobilização ativa dos recursos e promova a colaboração estreita para forjar alianças que apóiem a aplicação desta resolução, caso do fundo fiduciário destinado a apoiar a eliminação das doenças desatendidas e outras doenças infecciosas relacionadas com a pobreza, citado na resolução CD49.R19 (2009);
- c) que reforce os mecanismos regionais para melhorar o acesso e a distribuição do tratamento etiológico da doença de Chagas e estimule novos avanços nesta matéria, para superar barreiras e dificuldades em matéria de acesso ao tratamento;
- d) que promova e fortaleça a cooperação técnica entre os países e a geração de alianças estratégicas para realizar atividades dirigidas à eliminação da doença de Chagas como problema de saúde pública;
- e) que ofereça seu apoio ao fortalecimento da atenção primária à saúde, assim como ao acompanhamento e à avaliação dos planos nacionais de ação que estão sendo executados.

(Oitava reunião, 24 de junho de 2010)

CE146.R15: Estratégia e Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estratégia e Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita* (documento CE146/15), sobre a base do Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor considere a aprovação de uma resolução redigida nos seguintes termos:

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA TRANSMISSÃO MATERNO-INFANTIL DO HIV E DA SÍFILIS CONGÊNITA

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estratégia e Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita* (documento CD50/__), sobre a base do Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012;

Considerando que a revisão da situação atual indica que as duas condições básicas para a eliminação de ambas as doenças estão ao alcance dos países das Américas: disponibilidade de meios eficazes para interromper a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita (viabilidade biológica) e disponibilidade de medidas práticas de tratamento e ferramentas de diagnóstico fáceis, acessíveis e sustentáveis (viabilidade programática e financeira);

Ressaltando que, embora muitos países tenham ampliado com êxito a resposta ao HIV mediante generalização das pautas de prevenção da transmissão materno-infantil, não houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis congênita, e que persistem problemas de cunho organizacional e de gestão nos sistemas de saúde da Região, como fragmentação e desigualdade na prestação de serviços, carência e capacidade de recursos humanos e falta de insumos;

Reconhecendo que se busca superar a concepção arcaica de que a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e a prevenção da sífilis congênita devem ser abordadas separadamente, com um enfoque mais dirigido à doença do que à pessoa, e que ambas as condições ocorrem, ou podem ocorrer, em uma mesma mulher e os serviços providos terão impacto na família como um todo;

Tendo presente os compromissos das resoluções: *Plano de ação para a eliminação da sífilis congênita na Região das Américas* (resolução CE116.R3 [1995]); *Ampliação do tratamento numa resposta integral ao HIV/AIDS* (resolução CD45.R10 [2004]); *Plano estratégico regional da Organização Pan-americana da Saúde para o controle da infecção por HIV/AIDS e das infecções sexualmente transmissíveis (2006-2015)* (resolução CD46.R15 [2005]); e *Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza* (resolução CD49.R19 [2009]);

Reconhecendo que a Organização Pan-americana da Saúde colaborou com os países da Região para estabelecer bases conceptuais, técnicas e de infraestrutura para a elaboração de programas e políticas nacionais de saúde reprodutiva e sexual, com enfoque na eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita;

Considerando a importância de um plano de ação para pôr em andamento a Estratégia para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita, que guiará a preparação de planos nacionais futuros, conforme seja o caso, e dos planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação para a saúde com esta meta nos países das Américas,

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita até 2015, para responder de maneira eficaz e eficiente às necessidades atuais e emergentes, considerando especificamente as desigualdades prevalentes no estado da saúde, para fortalecer a resposta do sistema sanitário a fim de elaborar e executar políticas, leis, planos, programas e serviços para este problema de saúde pública.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) priorizem a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita e a redução dos fatores de risco mediante integração de intervenções de prevenção e controle da infecção pelo HIV/DST nos serviços de assistência pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, e outros serviços relacionados;
 - b) elaborem e executem os planos nacionais e promovam a formulação de políticas públicas guiadas pela Estratégia e Plano de ação, com enfoque nas necessidades das populações que se encontram em maior risco e em situação de vulnerabilidade;
 - c) coordenem-se com outros países da Região para o intercâmbio de experiências e ferramentas, esforços conjuntos de conscientização, seguimento e avaliação dos avanços da iniciativa de eliminação;
 - d) executem a Estratégia e o Plano de ação, conforme seja o caso, dentro de um enfoque integrado do sistema de saúde, embasado na atenção primária à saúde, enfocando a ação intersetorial, monitorando e avaliando a eficácia do programa e a alocação de recursos;
 - e) promovam a coleta e uso de dados sobre a transmissão materno-infantil do HIV e a sífilis congênita, estratificados por idade, sexo e grupo étnico, e o uso da análise de gênero, de novas tecnologias (por exemplo, sistemas de informações geográficas) e de modelos de projeção para fortalecer o planejamento, execução e vigilância de planos, políticas, programas, leis e intervenções nacionais relacionados à saúde reprodutiva e sexual;

- f) aumentem a cobertura dos serviços de saúde de qualidade e o acesso aos mesmos—inclusive no tocante à promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento eficaz e atenção vigentes—para estimular maior demanda e utilização destes pelas mulheres em idade reprodutiva, gestantes e seus parceiros;
- g) fomentem o aumento da capacidade dos responsáveis pelas políticas, dos diretores de programas e dos provedores de atenção à saúde, para elaborar políticas e programas que busquem promover o desenvolvimento da comunidade e prestem serviços de saúde eficazes e de qualidade que atendam as necessidades de saúde reprodutiva e sexual e aos determinantes da saúde relacionados;
- h) melhorem a coordenação dentro do setor da saúde e com parceiros de outros setores, a fim de buscar a implementação de medidas e iniciativas sobre a saúde e o desenvolvimento da saúde reprodutiva e sexual, simultaneamente buscando reduzir ao mínimo a duplicidade de funções e potencializar ao máximo o impacto dos recursos limitados;
- i) promovam uma participação comunitária ativa e vigorosa no setor da saúde.

3. Pedir à Diretora:

- a) que promova a coordenação e a implementação da Estratégia e o Plano de ação mediante integração das ações pelas áreas programáticas da OPAS, nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interagencial;
- b) que colabore com os Estados Membros na implementação da Estratégia e o Plano de ação, segundo seu próprio contexto e prioridades nacionais, e que promova a difusão e o uso dos produtos disto derivados nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interagencial;
- c) que incentive o desenvolvimento de iniciativas colaborativas de pesquisa que possam fornecer os dados comprobatórios necessários para estabelecer e divulgar programas e intervenções efetivos e adequados para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita e para a melhoria da saúde reprodutiva e sexual;
- d) que estabeleça novas alianças e fortaleça as já existentes dentro da comunidade internacional, a fim de mobilizar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o andamento da Estratégia e o Plano de ação;
- e) que fomente a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais e regionais, entidades do governo, organizações privadas,

universidades, meios de comunicação, sociedade civil e comunidades em atividades que promovam a saúde sexual e reprodutiva;

- f) que promova a coordenação entre a Estratégia e o Plano de ação e as iniciativas semelhantes de outros organismos internacionais de cooperação técnica e financiamento;
- g) que preste contas periodicamente aos Órgãos Diretivos sobre os avanços e limitações avaliados durante a execução da Estratégia e o Plano de ação, e que considere a adaptação do Plano para responder aos contextos variáveis e aos novos desafios na Região.

(Sétima reunião, 24 de junho de 2010)

CE146.R16: A saúde e os direitos humanos

A 146.ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o documento conceitual (documento CE146/21, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

A SAÚDE E OS DIREITOS HUMANOS

O 50.º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *A saúde e os direitos humanos* (documento CD50/___);

Levando em conta que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece um princípio internacional fundamental segundo o qual “o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social”;

Reconhecendo que na Agenda de Saúde para as Américas (2008–2017) os(as) ministros(as) e secretários(as) de Saúde: a) declararam seu compromisso renovado com o princípio acima mencionado estabelecido na Constituição da OMS; b) reconheceram que os direitos humanos são parte dos princípios e valores inerentes à Agenda de Saúde e c)

declararam que, com o propósito de concretizar o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar, os países devem procurar atingir a universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e inclusão nos sistemas de saúde para indivíduos, famílias e comunidades;

Ciente de que o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 Modificado assinala que “o direito internacional de direitos humanos, consagrado em convenções e normas internacionais e regionais em termos de direitos humanos, oferece um marco conceitual e jurídico unificador destas estratégias, bem como medidas para avaliar o progresso e esclarecer a prestação de contas e as responsabilidades dos distintos interessados diretos...”;

Reconhecendo que os instrumentos de direitos humanos do sistema interamericano e das Nações Unidas são úteis para o progresso dos Estados Membros com relação ao cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), em especial aqueles relacionados com a erradicação da pobreza extrema e a fome (ODM 1), a redução da mortalidade infantil (ODM 4), a melhoria da saúde materna (ODM 5) e o combate do HIV/AIDS, da malária e outras enfermidades (ODM 6);

Observando-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana e o Conselho Diretor recomendaram aos Estados Membros que formulem e adotem políticas, planos e legislações em termos de saúde em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos, que sejam aplicáveis no contexto da saúde mental (documento CD49/11), do envelhecimento ativo e saudável (documento CD49/8), da saúde do adolescente e do jovem (documento CD49/12), da igualdade de gênero (documento CD49/13), da redução da mortalidade e morbidade maternas (documento CSP26/14), do acesso à atenção para as pessoas vivendo com HIV (documento CD46/20), da saúde dos povos indígenas (documento CD47/13) e da deficiência, prevenção e reabilitação (documento CD47/15), entre outros;

Reconhecendo que em, alguns Estados Membros da OPAS, os assuntos relacionados com a saúde podem estar sob diferentes níveis de jurisdição,

RESOLVE:

1. Reiterar aos Estados Membros para que, levando em consideração o contexto nacional, possibilidades financeiras e orçamentárias, bem como a legislação vigente:
 - a) fortaleçam a capacidade técnica da autoridade sanitária para trabalhar com as respectivas entidades governamentais de direitos humanos, tais como defensorias e secretarias de direitos humanos, para avaliar e monitorar a implementação dos

instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis relacionados com a saúde;

- b) fortaleçam a capacidade técnica da autoridade sanitária a fim de apoiar a formulação de políticas e planos de saúde em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis relacionados com a saúde;
- c) considerem utilizar a cooperação técnica da OPAS na formulação, revisão e, se necessário, reformulação dos planos nacionais e legislação sobre saúde, incorporando os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis, especialmente as disposições referentes à proteção dos grupos em situação de vulnerabilidade;
- d) promovam e fortaleçam os programas de treinamento dos profissionais da saúde sobre os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis;
- e) formulem e, se possível, adotem medidas de caráter legislativo, administrativo, educacional e de outra natureza para difundir os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis sobre a proteção do direito ao gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar e outros direitos humanos relacionados entre o pessoal pertinente do poder legislativo e judiciário e outras autoridades governamentais;
- f) promovam a difusão de informações entre as organizações da sociedade civil e outros atores sociais, quando pertinente, com relação aos instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis relacionados com a saúde, a fim de abordar a estigmatização, a discriminação e a exclusão dos grupos em situação de vulnerabilidade.

2. Solicitar à Diretora que, na medida que possibilitem os recursos financeiros da Organização:

- a) continue facilitando a colaboração técnica da OPAS com os comitês, órgãos e relatorias de direitos humanos do sistema interamericano e das Nações Unidas;
- b) continue capacitando o pessoal da Organização para que, progressivamente, as áreas técnicas, em especial as mais relacionadas com a proteção da saúde dos grupos em situação de vulnerabilidade, incorporem em seus programas os instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados com a saúde;
- c) promova e estimule a colaboração e pesquisa com as entidades docentes, o setor privado, as organizações da sociedade civil e outros atores sociais, quando

pertinente, a fim de promover e proteger os direitos humanos em conformidade com os instrumentos de direitos humanos relacionados com a saúde;

- d) promova o intercâmbio de boas práticas e experiências bem-sucedidas entre os Estados Membros da OPAS a fim de evitar a estigmatização, a discriminação e a exclusão dos grupos em situação de vulnerabilidade.

(Oitava reunião, 24 de junho de 2010)

CE146.R17: Instituições nacionais associadas com a OPAS para cooperação técnica

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento CE146/12, Rev. 1, *Instituições nacionais associadas com a OPAS para cooperação técnica*,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

**INSTITUIÇÕES NACIONAIS ASSOCIADAS COM A OPAS PARA
COOPERAÇÃO TÉCNICA**

O 50º CONSELHO DIRETOR:

Tendo examinado o documento CD50/____, *Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica*;

Considerando o artigo 71 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS); o artigo 26 da Constituição da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), bem como os quadros de governança e mandatos emitidos pelo Comitê Executivo, pelo Conselho Diretor e pela Conferência Sanitária Pan-americana da OPAS (resolução CD19.R37 [1969]; resolução CE61.R12 [1969]; resolução CE64.R19 [1970]; resolução CSP18.R33 [1970]; resolução CD25.R31 [1977]; documento CD25/29 [1977]; resolução CSP20.R31 [1978]; documento CSP20/3 [1978]; documento CE99/9 [1987]; resolução CE126.R15 [2000]; documento CE126/7 e Add. I [2000]; documento CE136/12 [2005], e documento CE139/7 [2006]);

Reconhecendo que um dos objetivos fundamentais da OPAS/OMS é o fortalecimento das capacidades nacionais para o alcance sustentável das metas de saúde

pública em nível nacional e mundial, e que essas capacidades demandam enfoques amplos que possam incidir sobre os fatores determinantes da saúde, assegurar a colaboração intersetorial e promover iniciativas público-privadas com a sociedade civil;

Considerando que, ao longo dos anos, a cooperação técnica da OPAS/OMS com seus Estados Membros foi sustentada de forma significativa pela participação das instituições nacionais e que é necessário um processo de formalização das relações institucionais de trabalho que permita à OPAS atuar como catalisadora na mobilização e fortalecimento dessas capacidades;

Destacando que a presente proposta complementa o trabalho da OPAS/OMS com os centros colaboradores da OMS e com as organizações não governamentais em relações oficiais com a OPAS/OMS,

RESOLVE:

1. Aprovar uma nova categoria de relações com instituições que passarão a ser chamadas de *Instituições Nacionais Associadas com a Organização Pan-americana da Saúde para Cooperação Técnica (INACO)* e os procedimentos para a identificação, designação e seguimento dessas instituições.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) fomentem a mobilização, utilização e fortalecimento das capacidades das *INACO* do país em apoio aos processos de desenvolvimento da saúde em nível nacional e subnacional, em aliança estratégica com a OPAS/OMS;
 - b) colaborem com a OPAS/OMS na implementação de um processo formal de seleção de instituições nacionais que participem na cooperação técnica em saúde, bem como no estabelecimento de mecanismos para a supervisão e monitoramento da qualidade e da eficácia da cooperação prestada;
 - c) realizem uma análise das capacidades institucionais existentes com potencial para receberem a designação *INACO*.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que consolide as relações de trabalho entre a OPAS/OMS e as instituições nacionais dos Estados Membros por meio da seleção e designação de *INACO*, o que favorecerá uma articulação mais eficiente e eficaz dos esforços nacionais voltados para a consecução das metas e resultados previstos nas agendas e nos planos de saúde nacionais e subnacionais;

- b) que proporcione apoio técnico aos Estados Membros para a identificação de instituições nacionais que possam ser designadas INACO, bem como de mecanismos para sua supervisão e monitoramento;
- c) que fomente e desenvolva a implantação progressiva de redes de INACO;
- d) que advogue pela captação de recursos adicionais em nível nacional e internacional para apoiar o plano de trabalho acordados entre a OPAS/OMS e as INACO.

(Oitava reunião, 24 de junho de 2010)

CE146.R18: Saúde, segurança humana e bem-estar

A 146ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo estudado o relatório da Diretora, *Saúde, segurança humana e bem-estar* (documento CE146/17),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

SAÚDE, SEGURANÇA HUMANA E BEM-ESTAR

O 50.º CONSELHO DIRETOR,

Tendo estudado o relatório da Diretora, *Saúde, segurança humana e bem-estar* (documento CD50/__);

Reconhecendo a multiplicidade e complexidade dos componentes da segurança humana e da contribuição crucial da saúde pública à sua plena consecução;

Reconhecendo que diversos fatores econômicos, sociais e ambientais influem na saúde, na segurança humana e na qualidade de vida das populações;

Compreendendo que a desigualdade em saúde ameaça a segurança humana e limita o desenvolvimento, especialmente entre os grupos em situação de vulnerabilidade;

Considerando a importância da relação entre a segurança humana e a saúde para o avanço rumo ao enfoque dos determinantes de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM);

Reconhecendo a importância do Regulamento Sanitário Internacional para a saúde e a segurança humana;

Tendo presente a Declaração do Milênio das Nações Unidas, o documento final da Cúpula Mundial de 2005, e o Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, entre outros instrumentos,

RESOLVE:

1. Exortar os Estados Membros a continuarem promovendo a análise sobre o conceito segurança humana e sua relação com a saúde, objetivando a sua incorporação na agenda de saúde dos países, dando especial atenção à coordenação e participação multissetorial e interagencial para refletir os aspectos multidimensionais deste tipo de enfoque.
2. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue desenvolvendo o debate sobre o conceito de segurança humana e sua relação com a saúde nos fóruns multilaterais relevantes;
 - b) explore a possibilidade de desenvolver delineamentos de política e ferramentas metodológicas para a incorporação do enfoque de segurança humana e de sua relação com a saúde nos programas e atividades da Organização;
 - c) promova a capacitação dos profissionais da OPAS e dos Estados Membros, quando pertinente, em relação ao tema da segurança humana e sua relação com a saúde.

(Oitava reunião, 24 de junho de 2010)

Decisões

Decisão CE146(D1) Aprovação da agenda

Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê aprovou a agenda apresentada pela Diretora, como emendada (Documento CE146/1, rev. 3).

(Primeira reunião, 21 de junho de 2010)

Decisão CE146(D2) Representação do Comitê Executivo da OPAS no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu indicar seu Presidente (México) e Relator (Suriname) para representar o Comitê no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Sexta reunião, 23 de junho de 2010)

EM TESTEMUNHO DO QUE, o Presidente do Comitê Executivo, delegado do México e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente Relatório Final em língua espanhola.

FEITO em Washington, D.C., neste _____ dia de agosto do ano dois mil e dez. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

Fernando Meneses González
Delegado do México
Presidente da
146ª Sessão do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária *ex officio* da
146ª Sessão do Comitê Executivo

AGENDA PROVISÓRIA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS PROCEDIMENTAIS

- 2.1 Aprovação da agenda e programa de reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Agenda provisória do 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS DO COMITÊ

- 3.1 Relatório sobre a 4ª Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento, e Administração
- 3.2 Premio OPS em Administração 2010
- 3.3 Organizações Não Governamentais em Relações Oficiais com a OPAS
- 3.4 Relatório anual do Escritório de Ética
- 3.5 Nomeação de membros ao Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS

- 4.1 Programar e Orçar Avaliação de fim do Biênio 2008-2009/Relatório de Progresso 2008-2012 do Plano Estratégico Interino da OPAS
- 4.2 Modernização do Sistema de Informação Gerencial da RSPA

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

- 4.3 Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas
- 4.4 Instituições nacionais participantes de Cooperações Técnicas em Saúde
- 4.5 Estratégia para redução de abuso de substâncias
- 4.6 Estratégia e Plano de Ação na prevenção, controle e atenção à doença de Chagas
- 4.7 Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Fetal de HIV e Sífilis
- 4.8 Desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde nos sistemas de saúde baseados em atenção primária
- 4.9 Saúde, Segurança Humana e Bem-estar
- 4.10 Estratégia e plano de ação na redução de desnutrição crônica
- 4.11 Estratégia para fortalecimento de programas de vacinação
- 4.12 Plano de Ação para a implantar a Estratégia Hospitais Seguros
- 4.13 Saúde e direitos humanos
- 4.14 Situação dos Centros Pan-americanos

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições de Cotas
- 5.2 Relatório financeiro do diretor para 2008-2009 e Relatório do Auditor Externo
- 5.3 Processo para a designação dos auditores externos da Organização para 2012-2013 e 2014-2015

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

- 5.4 Plano Mestre de Investimento de Capital da O PAS
- 5.5 Estado dos projetos financiados pelos Fundos da Conta Especial da OPAS
- 5.6 Exame da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros

6. ASUNTOS RELATIVOS AL PERSONAL

- 6.1 Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
- 6.2 Reforma contratual na OPAS
- 6.3 Declaração feita pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO

- 7.1 Avaliação de fim de Biênio da OMS e Relatório de Avaliação de Desempenho dos Orçamentos para Programas 2008-2009
- 7.2 Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS
- 7.3 Sistema de Integridade e Administração de Conflitos da OPAS
- 7.4 Atualização da Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável
- 7.5 Aniversário de 30 anos de Erradicação de Varíola e o Estabelecimento do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS
- 7.6 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:

7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO (*cont.*)

- A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)
 - B. Atualização da pandemia (H1N1) de 2009
 - C. Iniciativa Plano de Ação para Fortalecimento de Estatísticas Vitais e de Saúde
 - D. Iniciativa Dados Básicos de Saúde (RHCDI) e Perfil de Saúde do País
 - E. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS: Oportunidades e Desafios para sua Execução na Região das Américas
 - F. Implantação da Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado na Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, Inclusive Dieta, a Atividade Física e Saúde
 - G. Eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita
- 7.7 Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de interesse da OPAS: 63^a Assembléia Mundial de Saúde
- 7.8 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros: Estado de execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

Doc. Of. 337 Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2008-2009

Documentos de trabalho

CE146/1, Rev. 3 e Adoção da Agenda e do Programa de reuniões
CE146/WP/1, Rev. 1

CE146/2 Representação do Comitê Executivo no 50º Conselho Diretor, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE146/3, Rev. 2 Agenda provisória do 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE146/4 Relatório sobre a 4ª Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento, e Administração

CE146/5 e Prêmio OPAS em Administração 2010
CE145, Add. I

CE146/6 Organizações Não Governamentais em Relações Oficiais com a OPAS

CE146/7 Relatório anual do Escritório de Ética

CE146/8 Nomeação de membros ao Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde

CE146/9, Rev. 1 Avaliação de Fim de Biênio do Orçamento-Programa 2008-2009/ Relatório Preliminar de Progresso do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012

CE146/10 Modernização do Sistema de Informação Gerencial da RSPA

Documentos de trabalho (*cont.*)

CE146/11	Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas
CE146/12, Rev. 1	Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica
CE146/13, Rev. 1	Estratégia para redução de abuso de substâncias
CE146/14, Rev. 1	Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas
CE146/15	Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e da Sífilis Congênita
CE146/16	Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária
CE146/17	Saúde, Segurança Humana e Bem-estar
CE146/18	Estratégia e Plano de Ação para Redução da Desnutrição Crônica
CE146/19, Rev. 1	Fortalecimento dos Programas de Imunização
CE146/20	Plano de Ação para Hospitais Seguros
CE146/21, Rev. 1	Saúde e Direitos Humanos
CE146/22, Rev. 1	Situação dos Centros Pan-americanos
CE146/23 e CE146/23, Add. I	Relatório sobre a Arrecadação de Cotas
CE146/24, Rev. 1	Relatório financeiro do diretor para 2008-2009 e Relatório do Auditor Externo

Documentos de trabalho (cont.)

CE146/25	Processo para designação do Auditor Externo da OPAS para 2012-2013 e 2014-2015
CE146/26	Plano Mestre de Investimento de Capital da O PAS
CE146/27	Estado dos projetos financiados pelos Fundos da Conta Especial da OPAS
CE146/28, Rev. 1	Exame da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros
CE146/29	Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
CE146/30	Reforma contratual na OPAS
CE146/31	Declaração feita pelo representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

Documentos de informação

CE146/INF/1	Relatório da OMS sobre o orçamento programas 2008-2009: Avaliação da execução (Relatório resumido)
CE146/INF/2	Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS
CE146/INF/3	Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS
CE146/INF/4	Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável
CE146/INF/5	30º Aniversário de Erradicação da Varíola e da Criação do Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas
CE146/INF/6, Rev. 1	Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)

Documentos de informação (*cont.*)

- B. Atualização sobre a Pandemia (H1N1) de 2009
- C. Plano de Ação para Fortalecimento de Estatísticas Vitais e de Saúde
- D. Iniciativa Regional de Dados Centrais de Saúde e Perfis dos Países
- E. Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Execução na Região das Américas
- F. Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde
- G. Eliminação da Rubéola e da Síndrome de Rubéola Congênita

CE146/INF/7 Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS:
63ª Assembléia Mundial da Saúde

CE146/INF/8 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros: Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

LISTA DOS PARTICIPANTES

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

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

Lic. Sebastián Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Asesora técnica profesional
Dirección Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Sra. Ana Marcela Pastorino
Consejera
Misión Permanente de Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BOLIVIA

Dr. Martín Maturano
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

Sr. Aylin Oropeza
Primer Secretario, Representante Alterno
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Sra. Sandra Mikan
Segunda Secretaria, Representante Alternas
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Sr. Jorge Skinner-Kleé
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Lionel Maza
Representante Alternos de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Miguel Valladares
Consejero
Misión Permanente de Guatemala ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

HAITI/HAÏTÍ

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Dr Ariel Henry
Chef de Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEXICO/MÉXICO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Maria de los Ángeles Fromow
Titular de la Unidad Coordinadora de
Participación y Vinculación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Fernando Meneses González
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Blanca Estela Fernández
Coordinadora del Programa de Diabetes
Centro Nacional de Prevención y Control
de Enfermedades
México, D.F.

Lic. Karen Aspuru Juárez
Subdirectora de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Gustavo Albin
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de l
os Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Alberto Del Castillo
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alterna de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**ST. VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

SURINAME

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Saskia Bleau
Protocol Officer
Assistant UN Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

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

Dr. Alexis Guilarte
Director General de Programas de Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ *(cont.)*

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

Dr. Julio Colmenares
Internacionalista
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Caracas

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de Venezuela ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Sra. Liz Torres
Segunda Secretaria
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ**

BRAZIL/BRASIL

Dr. Dirceu Raposo
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Renata Carvalho
Chefe da Unidade de Cooperação
Internacional
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Viviane Rios Balbino
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADA (cont.)

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral Relations
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Ranu Sharma
Policy Analyst
International Public Health Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

Ms. Annick Amyot
Strategic Partnerships
Senior Development Officer
Inter-American Program
Canadian International Development Agency
Quebec

Mr. Darren Rogers
Counselor, Alternate Representative of
Canada to the Organization of American
States
Washington, D.C.

COSTA RICA

Mr. David Li Fang
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Cinthia Solis
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

FRANCE/FRANCIA

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

GRENADA/GRANADA

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Mrs. Ann Groot-Philipps
Minister Plenipotentiary
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

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

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

**UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA**

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

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

Mr. Guillermo Aviles Mendoza
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Ms. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary
Office of Global and Economic Affairs
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Javier Cordova
Analyst for Demand Reduction
Office of Anti-Crime Programs and
Demand Reduction
Bureau of International Narcotics and
Law Enforcement
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Mathew Glockner
Program Analyst
Office of Management Policy and
Resources
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

NON-MEMBERS OF THE COMMITTEE (cont.)
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ (cont.)

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

Ms. Elizabeth Griffith
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. James E. Herrington
Director, Office of International Relations
Fogarty International Center
National Institute of Health
Department of Health and Human
Services
Bethesda, MD

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

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

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

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

Mr. David B. Sullivan
Attorney-Advisor
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPANA

Sr. Javier Sancho
Embajador, Observador Permanente
de España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

PORTUGAL

Mr. Duarte Cunha De Eça Valente
Attaché, Permanent Observer of Portugal
to the Organization of American States
Washington, D.C.

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

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

Mr. David Hatch

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

Ambassador Alfonso Quiñones

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

**Latin American Confederation of Clinical
Biochemistry
Confederación Latinoamericana de
Bioquímica Clínica**

Dr. Ana Leticia Cáceres de Maselli
Dr. Norberto Cabutti

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

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

**United Nations Economic Commission for
Latin America and the Caribbean
Comisión Económica para América
Latina de las Naciones Unidas**

Sr. Rex García

WORLD HEALTH ORGANIZATION

Dr. Mohamed Abdi Jamas
Assistant Director-General – General Management
Subdirector General – Administración General

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**Director and Secretary ex officio
of the Committee
Directora y Secretaria ex officio
del Comité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross-Galiano
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica
