ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 20–24 de junho de 2011

CE148/FR (Port.)
22 de julho de 2011
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

Página

Abertura da Sessão 6

Assuntos Relativos ao Regulamento 6
Mesa Diretora 6
Aprovação da Agenda 7
Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas 7
Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas 7

Assuntos do Comitê 8
Relatório sobre a Quinta Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento, e Administração 8
Prêmio OPAS em Administração, 2011 9
Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS 9
Relatório Anual do Escritório de Ética 10

Assuntos Relativos à Política de Programas 12
Projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012–2013 12
Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana 18
Estratégia e Plano de Ação sobre a Mudança Climática 19
Plano de Ação sobre Segurança nas Estradas 21
Plano de Ação para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool 22
Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública 24
Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsia 25
Estratégia e Plano de Ação sobre a Malária 27
Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave 29
Estratégia e Plano de Ação para *eSaúde* 31

Assuntos Administrativos e Financeiros 33
Relatório sobre a Arrecadação das Cotas 33
Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação 33
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2010 35

ÍNDICE *(cont.)*

Página

Assuntos Administrativos e Financeiros *(cont.)*

Relatório do Comitê de Auditoria 37
Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS 38

Assuntos de Pessoal 39
Emendas do Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana 39
Intervenção do Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS 40

Assuntos para Informação 41
Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013 e Projeto de Orçamento por Programa de 2012–2013 da OMS 41
Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação Gerencial da Repartição Sanitária Pan-Americana 42
Relatório sobre os Preparativos do Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva 43
Relatório sobre os Preparativos para a Mesa Redonda sobre a Resistência aos antimicrobianos 44
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos 45
A. Imunização: Desafios e Perspectivas 45
B. Implantação da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual 45
C. Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco 46
D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) 48
E. Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas 49
F. Análise dos Centros Pan-Americanos 50
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros 51
A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) 51
B. Atualização sobre a Nomeação do Auditor Externo da OPAS para os Biênios 2012–2013 e 2014–2015 52
C. Plano Mestre de Investimento de Capital 52
Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS: Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde 54

ÍNDICE *(cont.)*

Página

Outros Assuntos.....54

E**ncerramento da Sessão** 54

Resoluções e Decisões 55

Resoluções

CE148.R1 Arrecadação de Cotas de Contribuição 55
CE148.R2 Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática.....56
CE148.R3 Estratégia e Plano de Ação Sobre a Epilepsia 58
CE148.R4 Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde 61
CE148.R5 Estratégia e Plano de Ação para a Malária.....64
CE148.R6 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS 67
CE148.R7 Emenda dos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais 68
CE148.R8 Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool.....69
CE148.R9 Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública 72
CE148.R10 Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana.....74
CE148.R11 Plano de Ação para Segurança Viária 77
CE148.R12 Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana.....80
CE148.R13 Prêmio OPAS em Administração, 2011 82
CE148.R14 Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave 83
CE148.R15 Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....86
CE148.R16 Projeto de Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013.....86
CE148.R17 Contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2012–2013.....91

ÍNDICE *(cont.)*

Página

Decisões

CE148(D1) Aprovação da agenda 94
CE148(D2) Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas 94

Anexos

Anexo A. Agenda
Anexo B. Lista de Documentos
Anexo C. Lista de Participantes
Anexo D. Anexo ao Relatório Final

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 148ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 20 a 23 de junho de 2011. O Comitê também realizou uma reunião virtual em 22 de julho de 2011 para concluir sua discussão do projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012-2013.

2. Compareceram à sessão delegados dos seguintes oito membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Argentina, Colômbia, Granada, Guatemala, Peru, São Vicente e Granadinas, Estados Unidos da América e Venezuela (República Bolivariana da). O nono membro, Haiti, não pôde comparecer. Os representantes dos seguintes outros Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores compareceram na qualidade de observadores: Bolívia (Estado Plurinacional da), Brasil, Canadá, Cuba, México, Holanda, Portugal e Espanha. Além disso, uma agência das Nações Unidas e duas organizações não governamentais estavam representadas. Todos os nove membros tomaram parte da reunião eletrônica em 22 de julho. Os seguintes Estados Membros participaram como observadores: Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Equador, Costa Rica, El Salvador, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, República Dominicana e Uruguai.

3. O Dr. St. Clair Thomas (São Vicente e Granadinas, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e recebeu cordialmente os participantes, estendendo as boas-vindas aos observadores. Ele observou que o Comitê tinha uma agenda bastante cheia e demonstrou confiança de que realizariam um trabalho eficiente e com êxito.

4. A Dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana, RSPA) também recebeu cordialmente os participantes, agradecendo a presença do Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, que participaria das deliberações do Comitê pela última vez como Ministro da Saúde do Peru, pois o Governo para o qual servia estava terminando o seu mandato. Ela destacou o papel importante que o Comitê tinha ao dar orientação sobre assuntos técnicos e administrativos, permitindo assim à Repartição refinar as diversas estratégias e planos de ação propostos e facilitar o trabalho do Conselho Diretor. Ela aguardava com expectativa uma troca proveitosa de opiniões.

Assuntos Relativos ao Regulamento

Mesa Diretora

5. Os seguintes Membros eleitos para atuar na 147ª Sessão do Comitê continuaram desempenhando seus respectivos cargos na 148ª Sessão:

Presidente:	São Vicente e Granadinas	(Dr. St. Clair Alphaeus Thomas)
Vice-Presidente:	Argentina	(Dr. Daniel Yedlin)
Relator:	Estados Unidos	(Sr. Peter Mamacos)

6. A Diretora atuou 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 CE148/1, Rev. 1 e CE148/WP/1, Rev. 1)

7. O Secretário Técnico apresentou a agenda provisória incluída no Documento CE148/1, Rev. 1, e observou que a Diretora havia proposto que a discussão do item 4.8, "Plano de Ação para Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares", deveria ser postergada para depois da reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas em doenças não transmissíveis, prevista para ser realizada em setembro de 2011.

8. O Comitê aprovou a agenda provisória, como emendada, e também aprovou um programa de reuniões (CE148/WP/1, Rev. 1) (Decisão CE148(D1)).

Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE148/2)

9. De acordo com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo nomeou os delegados de São Vicente e Granadinas e Argentina, como seu presidente e vice-presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Decisão CE148(D2)).

Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE148/3, Rev. 1)

10. A Sra. Piedad Huerta (Assessora, Escritório dos Órgãos Diretivos, RSPA) apresentou a Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Ela observou que a maioria dos itens considerados pelo Comitê Executivo seria encaminhada ao Conselho Diretor. Havia, porém, um item de política de programas na agenda provisória do Conselho que não havia sido analisado pelo Comitê: um relatório sobre a avaliação da Iniciativa Regional para Segurança do Sangue e Plano de Ação para 2006–2010. Além disso, como o Comitê havia optado por adiar a consideração do item 4.8, "Plano de Ação para Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares" até 2012, ele seria retirado da agenda do Conselho.

11. O Conselho elegeria três novos membros para integrar o Comitê Executivo; os candidatos indicados até o momento eram Brasil, Chile e El Salvador. O Conselho também

elegeria dois membros para integrar o Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME); um Estado Membro, Peru, até agora havia demonstrado interesse em fazer parte deste Comitê.

12. No debate que se seguiu, sugeriu-se que o Conselho deveria receber um relatório sobre a reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis, a ser realizada em 19 e 20 de setembro de 2011 em Nova York.

13. A Diretora assinalou que a Repartição não teria tempo na semana entre a reunião de alto nível e a abertura do Conselho Diretor para preparar um relatório formal, mas que estava programada uma discussão sobre o item durante a sessão do Conselho. Ela consultaria os Estados Membros neste meio tempo para determinar que forma deveria ter este debate: uma sessão informativa especial fora da agenda do Conselho ou um ponto da agenda formal, possivelmente levando a uma resolução que orientaria o trabalho da Repartição e dos Estados Membros nesta questão no próximo biênio.

14. A Sra. Huerta observou que o Conselho também teria de discutir o processo de reforma da OMS, como solicitado pelo Conselho Executivo da OMS (ver parágrafo 243 abaixo).

15. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE148.R15, aprovando a agenda provisória do 51º Conselho Diretor, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

Assuntos do Comitê

Relatório sobre a Quinta Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento, e Administração (Documento CE148/4)

16. A Sra. Ana María Sánchez (México, Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (SPBA) havia realizado sua quinta sessão de 16 a 18 de março de 2011. O Subcomitê havia discutido várias questões financeiras, administrativas importantes e outros assuntos, inclusive a primeira versão do projeto de programa e orçamento da OPAS para 2012–2013 e o orçamento para programas da OMS para o período mesmo. Também havia sido apresentado um resumo do Relatório Financeiro do Diretor para 2010 e as atualizações recebidas da execução da OPAS das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público e sobre a situação dos projetos financiados com a Conta Especial da OPAS e o Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

17. Além disso, o Subcomitê havia analisado várias alterações propostas no Regulamento e Estatuto do Pessoal da Organização, e havia analisado a candidatura de uma organização não governamental que desejava manter relações oficiais com a OPAS e

havia examinado a colaboração da Organização com outra organização que buscava renovar sua condição de ONG que mantêm relações oficiais com a OPAS. Todos os assuntos analisados pelo Subcomitê estavam também na agenda da 148ª Sessão do Comitê Executivo e ela, portanto, informaria sobre discussões e recomendações do Subcomitê sobre estes itens à medida que fossem discutidos pelo Comitê.

18. A Diretora agradeceu à Sra. Sánchez sua hábil liderança nas deliberações do Subcomitê e ressaltou a importância do trabalho deste ao facilitar o trabalho do Comitê Executivo. Ela também agradeceu as valiosas contribuições dos Estados Membros que haviam voluntariamente participado da sessão como observadores.

19. O Comitê Executivo agradeceu ao Subcomitê pelo seu trabalho e tomou nota do relatório.

Prêmio OPAS em Administração, 2011 (Documentos CE148/5 e Add. I)

20. O Sr. Peter Mamacos (Estados Unidos da América) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2011, formado por São Vicente e Granadinas, Estados Unidos da América e Venezuela (República Bolivariana da), havia se reunido no dia 21 de junho. Após analisarem as informações sobre os candidatos ao prêmio indicados pelos Estados Membros, o Júri havia decidido conferir o Prêmio OPAS em Administração 2011 ao Dr. John Edward Greene, de Guiana, para sua contribuição ao desenvolvimento do setor da saúde e recursos humanos na Comunidade do Caribe (CARICOM) e por sua mobilização do compromisso político para obter resultados significativos em uma ampla variedade de questões prioritárias da saúde pública.

21. Os Delegados da Venezuela (República Bolivariana da) e São Vicente e Granadinas observaram que havia sido muito difícil selecionar um entre os candidatos, já que todos tinham atributos bastante notáveis. Eles sugeriram que o processo poderia ser facilitado e assim evitar possíveis avaliações subjetivas se fosse elaborada uma lista com critérios objetivos ponderados a serem considerados ao fazer a seleção do ganhador do prêmio.

22. O Comitê Executivo elogiou o Dr. Greene e aprovou a Resolução CE148.R13, observando a decisão do Júri e transmitindo o relatório ao 51º Conselho Diretor.

Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS (Documento CE148/6)

23. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, de acordo com o procedimento exposto 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 quinta sessão para analisar a situação de uma organização não governamental (ONG) que mantêm

relações oficiais com a OPAS e considerar a candidatura de outra organização que buscava manter relações oficiais com a Organização. O Subcomitê também havia analisado um relatório de progresso sobre a situação das relações vigentes entre a OPAS e 15 organizações não governamentais e considerado uma proposta para modificar os Princípios que Regem as Relações entre OPAS e Organizações Não Governamentais.

24. O Subcomitê havia decidido recomendar que o Comitê Executivo admitisse o Instituto de Vacinas Albert B. Sabin (SVI) para manter relações oficiais com a OPAS e que aprovasse a continuidade das relações oficiais entre a OPAS e a Fundação Interamericana do Coração. O Subcomitê também havia respaldado a emenda proposta aos Princípios que Regem as Relações entre OPAS e Organizações Não Governamentais, com respeito à data-limite para o recebimento das candidaturas das ONGs, e havia recomendado que o Comitê Executivo os aprovasse.

25. Falando como Delegada do México, ela sugeriu que deveria haver maior padronização das informações nos relatórios sobre a situação das relações vigentes entre OPAS e organizações não governamentais.

26. O Sr. James Hill (Assessor, Captação de Recursos, RSPA) esclareceu que a emenda proposta aos Princípios que Regem as Relações entre a OPAS e Organizações Não Governamentais, mudando a data-limite de janeiro para dezembro do ano anterior, daria mais tempo para a preparação das candidaturas a serem consideradas pelo Subcomitê. Ele observou que haviam sido feitos progressos consideráveis nos últimos anos para padronizar as informações nos relatórios e disse que a Repartição continuaria investindo na padronização.

27. O Dr. Rafael Dautant (Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental) descreveu o trabalho que a sua organização havia realizado em cooperação com a OPAS.

28. O Comitê Executivo aprovou as Resoluções CE148.R6 e CE148.R7, respaldando as decisões do Subcomitê.

Relatório Anual do Escritório de Ética (Documento CE148/7)

29. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética) informou que, em 2010, o Escritório de Ética havia realizado 65 consultas com o pessoal sobre determinadas questões éticas, e havia investigado 23 alegações de conduta com implicações éticas. Nos casos em que as alegações procediam, haviam sido enviados relatórios à Área de Gestão de Recursos Humanos, sendo que uma pessoa havia sido exonerada da Organização e outro contrato não havia sido renovado. Parte das 23 alegações estavam ainda sob investigação. O Documento CE148/7 trazia mais informações do trabalho do Escritório de Ética e expunha as novas atividades planejadas para o futuro. Respondendo a uma pergunta, ele disse que o quadro do Escritório era formado por ele mesmo e outra pessoa e, em 2011, um estagiário.

30. O Comitê Executivo recebeu cordialmente o empenho que estavam sendo feitos para promover a integridade e conduta ética, e para incorporar ensino sobre ética nos programas de formação profissional do pessoal. A promoção da Linha Direta de Ética também era um passo importante para criar uma cultura da responsabilidade e transparência. O Comitê também recebeu com satisfação as iniciativas futuras que o Escritório pretendia realizar para fortalecer a transparência e responsabilidade na Organização.

31. Uma delegada manifestou opinião de que o Escritório também deveria analisar questões éticas externas à Organização, como as que surgiam com a recusa de algumas empresas farmacêuticas de entrar em licitações para os fundos de compras de OPAS para a provisão de medicamentos importantes a preços acessíveis, ou o fato de que algumas delegações tinham dificuldade de comparecer às reuniões da OPAS devido a problemas de visto e imigração. Também se sugeriu que o Escritório de Ética poderia ampliar a sua área de atuação para englobar ética médica e hospitalar.

32. O Sr. MacMillan agradeceu ao Comitê pelo apoio aos progressos feitos até o presente, observando que ainda havia muito trabalho a fazer em termos de políticas e diretrizes a ser elaboradas e executadas. Ele destacou que, embora o foco do trabalho do Escritório fosse ética institucional da OPAS, em outras palavras, a conduta ética de seu pessoal, as pessoas fora da Organização poderiam usar a Linha Direta de Ética. A OPAS era uma de um pequeno grupo de organizações que dispunham de uma linha direta que poderia ser usada não apenas para informar transgressões mas também para fazer perguntas relacionadas com ética, inclusive de forma anônima se desejado. Nos meses precedentes, o Escritório havia providenciado que houvesse um link direto com a Linha Direta de Ética, colocado em destaque no site de cada Representação da OPAS/OMS, inclusive na parte do site acessível ao público em geral.

33. A Diretora acrescentou que, desde meados dos anos 90, a OPAS também tinha um programa de bioética, que dava assistência técnica aos Estados Membros para a incorporação de uma dimensão ética nos programas de saúde, por exemplo, ao apoiar comissões nacionais em ética médica. Ela assinalou que, além de criar o cargo de Oficial de Ética, RSPA havia criado os cargos de Ombudsman e Oficial de Segurança da Informação, sendo que isso foi feito sem aumentar o número de postos na Organização, mas com a conversão de postos ou encerramento de outras funções. A OPAS vinha sendo líder entre as organizações internacionais ao criar esta ampla função de ética, e outras organizações recorriam à Organização em busca de assessoria e orientação.

34. O Comitê Executivo tomou nota do relatório sobre as atividades do Escritório de Ética.

Assuntos Relativos à Política de Programas

Projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012–2013 *(Documento Oficial 338, Rev. 1, e Add. I, Rev. 1*[1]*)*

35. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a discussão do Subcomitê de uma versão anterior do projeto de programa e orçamento para 2012–2013 (ver parágrafos 8 a 22 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR[2]).

36. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) expôs o projeto de programa e orçamento como apresentado no *Documento Oficial 338* e seu apêndice. O nível de orçamento proposto para 2012–2013 era o mesmo que para 2010–2011 (US$ 642,9 milhões[3]). O projeto previa uma redução de 18 postos com contrato por prazo determinado (FTP), que gerariam uma economia de US$ 4,9 milhões durante o biênio. Apesar da diminuição no número de postos, porém, os custos relacionados com os postos teriam aumento devido à inflação e aumentos regulamentares e, portanto, haveria um valor menor disponível que em 2010–2011 para o componente não FTP, a partir do qual eram financiados os programas e atividades de cooperação técnica da OPAS.

37. Haviam sido contemplados três cenários de financiamento: cenário A, no qual os custos inflacionários e regulamentares incorridos durante 2010–2011 para os componentes FTP não FTP do orçamento seriam recuperados com um aumento de 10,5% nas cotas de contribuição dos Estados Membros; cenário B, no qual parte dos custos seria recuperada com um aumento de 6,7% nas cotas de contribuição, enquanto que outros custos teriam de ser absorvidos; e o cenário C, no qual haveria um crescimento nominal zero nas cotas de contribuição e todos os custos teriam de ser absorvidos, resultando em cortes substanciais nas operações. O projeto apresentado no *Documento Oficial 338* havia sido baseado no cenário B. Em todos os cenários, era prevista uma redução nas contribuições voluntárias e receitas diversas e, em todos os casos, o montante disponível para as atividades programáticas e operacionais cairia. Detalhes do impacto de cada cenário e uma justificativa para o aumento proposto se encontravam no Apêndice I ao documento do orçamento.

38. O Sr. Román Sotela (Assessor Sênior, Administração de Programa e Orçamento, RSPA) destacou o Documento CE148/DIV/1, que continha um quadro comparativo

---

[1] Nota: A série original de documentos foi modificada para constar as recomendações da reunião de 20–24 de junho, e foi posteriormente substituída pelos documentos que haviam sido analisados na reunião virtual de 22 de julho.

[2] Disponível em: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CE148-04-e.pdf

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

mostrando as cotas de contribuição dos Estados Membros para os biênios de 2010–2011 e de 2012–2013 com base, respectivamente, na atual escala de cotas de contribuição da OPAS e na nova escala da OPAS. Ele recordou que a Organização dos Estados Americanos (OEA) havia adotado recentemente uma metodologia para revisar a sua escala de cotas contribuição a cada três anos e como a escala da OPAS se baseava na escala da OEA, qualquer mudança na escala de OEA automaticamente resultaria em uma mudança na escala de OPAS. A escala em vigência atual cobria o período de 2009–2011. O Conselho Permanente da OEA havia aprovado uma nova escala para 2012–2014, que a OPAS teria de aplicar no biênio de 2012–2013.

39. O Comitê expressou agradecimento à Repartição pelo detalhamento e transparência evidentes no projeto orçamentário e pela análise adicional feita em resposta às solicitações do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. Também elogiou o empenho da Repartição em conter custos e melhorar a produtividade e a eficiência. Os delegados reconheceram que a situação financeira difícil que a OPAS enfrentava era resultado do aumento dos custos dos postos aliado a reduções previstas nas contribuições voluntárias e receitas diversas.

40. Contudo, quatro dos sete delegados que falaram sobre este item manifestaram preferência pelo cenário C, sendo que vários observaram que os seus governos defendiam crescimento nominal zero nos orçamentos de todas as organizações internacionais. Eles assinalaram que, como a OPAS, os seus países estavam tendo de lidar com sérias restrições financeiras, que tornaria muito difícil, se não impossível, obter aprovação em âmbito nacional para aumento das cotas de contribuição de seus governos à OPAS, particularmente porque alguns Estados Membros haviam tido aumento das suas contribuições em dois biênios consecutivos e, em alguns casos, as contribuições dos países subiriam mesmo em um cenário de crescimento nominal zero em decorrência da revisão da escala de cotas de contribuição da OEA.

41. Dois delegados apoiaram o cenário B, assinalando que o cenário C resultaria em uma drástica redução do orçamento de cooperação técnica da Organização. Eles consideravam que o cenário B, embora não sendo ideal, teria menos impacto nas atividades de cooperação técnica da Organização e sua capacidade de alcançar os objetivos estratégicos instituídos no Plano Estratégico de 2008–2013. O sétimo delegado não manifestou preferência por qualquer um dos cenários, mas assinalou que seria relativamente pequeno o aumento das contribuições da maioria dos Estados Membros no cenário B. Todos que se manifestaram consideraram que o aumento de 10,5% das contribuições proposto no cenário A era pouco realista na atual crise econômica.

42. Diante da falta de consenso sobre que cenário deveria ser recomendado ao Conselho Diretor, o Comitê pediu à Repartição que formulasse um cenário alternativo, um que não iria requerer um aumento de 6,7% nas contribuições dos Estados Membros, mas que não implicaria em cortes drásticos no orçamento para não FTP que ocorreria em um

cenário de crescimento nominal zero. Com o objetivo de liberar mais financiamento para atividades de cooperação técnica, instou-se a Repartição a buscar maneiras de redistribuir os fundos entre os componentes FTP e não FTP e explorar enfoques inovadores, como a requisição temporária de pessoal de organizações doadoras e Estados Membros ou aumento da porcentagem cobrada para cobrir o custo de compra de provisões e vacinas. Também se incentivou a Repartição a identificar potenciais áreas de convergência e colaboração entre os programas, promover maior cooperação entre os países, sul-sul e norte-norte e maior interação com os centros colaboradores da OPAS e da OMS a fim de maximizar a capacidade de cooperação técnica da Organização.

43. Em resposta à solicitação do Comitê, a Repartição subsequentemente apresentou o cenário D, junto com uma tabela mostrando o seu efeito nas cotas de contribuição dos Estados Membros e alocação do orçamento ordinário (Documento CE148/DIV/2). O novo cenário requeria um aumento de 4,5% das contribuições dos Estados Membros e uma redução de 28,25% da porção não FTP do orçamento (em comparação a uma redução de 23,7% no cenário B e 37,8% no cenário C). O orçamento ordinário total no cenário D seria de US$ 290.500.000 (em comparação a US$ 294.500.000 no cenário B e US$ 282.100.000 no cenário C). A porção FTP seria de US$ 222.500.000 nos três cenários, enquanto que a porção não FTP seria de US$ 67.000.000 no cenário B, US$ 54.600.000 no cenário C e US$ 63.000.000 no cenário D.

44. O Comitê agradeceu à Repartição por preparar um quarto cenário, que recebeu apoio de vários delegados, considerando-o uma boa solução conciliatória entre o cenário B e o crescimento nominal zero. Outros delegados, embora destacando seu firme respaldo à Organização e ao seu trabalho, disseram que os seus governos ainda não haviam tomado uma decisão sobre qual cenário apoiariam. Os delegados que haviam apoiado o cenário C na discussão anterior continuaram sendo favoráveis ao crescimento nominal zero nas cotas de contribuição.

45. Assinalou-se que, nos quatro cenários, o aumento das cotas de contribuição seria alocado à porção FTP do orçamento, que teria um aumento de 14,5% em todos os cenários, enquanto que o orçamento para atividades de cooperação técnica sofreria uma redução. Novamente instou-se a Repartição a explorar maneiras de redistribuir os fundos para reduzir o aumento da porção FTP do orçamento e desse modo aliviar a redução da porção não FTP. Sugeriu-se, por exemplo, que o pessoal da OPAS poderia abrir mão voluntariamente dos ajustes de custo de vida e outros aumentos regulamentares como uma forma de conter custos relacionados com os postos e disponibilizar mais recursos para programas importantes da Organização. Vários delegados assinalaram que, diante da crise econômica e financeira, seus governos haviam imposto cortes orçamentários e medidas de austeridade no âmbito nacional, inclusive o congelamento dos salários no setor público, e eram de opinião que a OPAS deveria estar preparada para tomar medidas semelhantes.

46. Uma delegada, respaldada por vários outros delegados, solicitou formalmente que a Repartição elaborasse opções aos cenários B, C e D que requereriam um aumento menor do componente FTP do orçamento. Ela enfatizou que fazia esta proposta com o objetivo de facilitar o consenso para um projeto de programa e orçamento que não deixasse a Organização em uma posição difícil de dispor de um orçamento no qual uma fatia muito grande do financiamento total era alocada a postos, mas o pessoal que ocupava estes postos teria pouca verba à disposição para realizar programas e outras atividades.

47. Outro delegado assinalou que os aumentos propostos de 4,5% nas cotas de contribuição no cenário D e de 14,5% na porção FTP do orçamento não representavam um aumento do orçamento da Organização, mas destinavam-se a cobrir custos e manter o nível de gastos necessários para alcançar os objetivos estratégicos.

48. O Dr. Gutiérrez afirmou que os aumentos propostos não representavam crescimento do orçamento da OPAS, nem implicavam em aumento salarial do pessoal. Ele assinalou que a porção FTP do orçamento fornecia financiamento para o pessoal básico da Organização, que era vital aos seus programas e aos serviços de assistência técnica prestados aos Estados Membros. Como explicado no Apêndice I do documento do orçamento, em um cenário de crescimento nominal zero, seria impossível obter vários dos Resultados Esperados a Nível Regional estabelecidos sob o Plano Estratégico. Ele também observou que, em tempo de crise, era muito importante investir em saúde e proteção social.

49. O Sr. Sotela acrescentou que, como explicado nos parágrafos 13 a 18 do *Documento Oficial 338*, o aumento proposto de 14,5% no orçamento de FTP era insuficiente para cobrir os aumentos reais de custo decorrentes da inflação e, principalmente, da desvalorização do dólar dos Estados Unidos. Como havia sido o caso para os dois biênios anteriores, o aumento proposto das contribuições seria usado para cobrir somente os aumentos do custo dos postos obrigatórios. Embora o número de postos tenha sido reduzido a cada biênio, os custos relacionados com os postos continuaram aumentando e, como resultado, a porção não FTP do orçamento havia diminuído continuamente. No momento, era menor em termos nominais do que havia sido 12 anos antes.

50. A Diretora assinalou que, no cenário B, o orçamento total continuaria sendo o mesmo que em 2010-2011, ou seja, crescimento nominal zero, e nos cenários C e D havia redução de US$ 10 milhões e US$ 1,6 milhão, respectivamente. Ela também observou que o orçamento da Organização continuaria a ser executado negativamente por taxas de juros baixas, que reduziriam suas receitas diversas.

51. Embora aceitasse as sugestões do Comitê com respeito a possíveis maneiras de reduzir os custos de pessoal, ela explicou que a Repartição tinha uma margem pequena no que se referia a aumentos regulamentares para postos com contrato por prazo determinado, pois precisava seguir as regras de remuneração de pessoal contratado do regime comum

das Nações Unidas, que haviam sido estabelecidas pelos Estados Membros em Assembleia Geral das Nações Unidas. O que poderia ser feito era limitar o número de pessoal e eliminar postos a cada biênio por mais de 20 anos, mesmo quando houvesse aumentos substanciais das cotas de contribuição. A Repartição havia determinado uma moratória no preenchimento de alguns postos e estava retardando o preenchimento de outros postos, embora tivesse sido criticada por manter postos vagos por mais de seis meses. Também habitualmente classificava os postos um a dois graus abaixo do nível no qual eram classificados em outras organizações do sistema das Nações Unidas, inclusive na OMS, o que produzia economia considerável. Quando os Estados Membros haviam requerido aumentos de pessoal de áreas como Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação e Escritório de Ética, a fim de evitar aumentar o pessoal, a Repartição reduziu os postos em outras áreas ou deu treinamento ao pessoal para desempenhar novas funções. Também continuou a procurar maneiras de melhorar a eficiência e a produtividade e reduzir custos através de, por exemplo, introdução de novas tecnologias e formas de trabalhar.

52. A OPAS recebia pessoal dos Estados Membros e de outras organizações todos os anos, tanto na Sede como nas representações nos países. Também trabalhava estreitamente com os centros colaboradores da OMS e explicitamente incluía-os no programa do trabalho da Organização. Constantemente se buscavam formas de melhorar a capacidade da OPAS de cooperação técnica, como com a política de trabalhar com centros de excelência nacionais, aprovada pelos Órgãos Diretores em 2010.[4] Além disso, o trabalho dos centros pan-americanos era periodicamente analisado, e nos 15 anos anteriores vários centros haviam sido fechados ou a responsabilidade da sua administração havia sido transferida aos governos membros ou outras entidades, resultando em considerável economia de custo para a Organização.

53. Ela reconhecia que os Estados Membros tinham de fazer sacrifícios por causa da crise econômica e financeira. Porém, no biênio anterior, no auge da crise, eles haviam optado por manter o investimento em saúde como meio de superar a crise. As perspectivas para o crescimento econômico eram agora muito melhores e ela instou os Estados Membros a levarem isso em consideração ao analisar o projeto de orçamento.

54. Depois de mais discussão, o Comitê concordou em realizar uma reunião virtual em 30 dias após a sessão a fim de continuar discutindo o projeto de programa e orçamento e chegar a um consenso quanto à recomendação a ser apresentada ao Conselho Diretor.

55. O Comitê reuniu-se por meio virtual em 22 de julho de 2011 para examinar uma proposta revisada de programa e orçamento preparada pela Repartição (*Documento Oficial 338*, Rev. 1), junto com uma versão revisada do Adendo I à proposta (*OD338*, Add. I, Rev. 1). O Dr. Gutiérrez apresentou a proposta revisada, que se baseia no cenário D. Ele

[4] Consultar Documento CD50/8 e Resolução CD50.R13.

indicou que a Repartição também revisou o cenário C, pois ainda estava sendo discutido (os cenários A e B não estavam mais em discussão). Em ambos os cenários, a estimativa da receita diversa foi reduzida em US$8 milhões (de US$20 milhões para US$12 milhões), refletindo as mais recentes previsões financeiras. Além disso, o número de cargos permanentes sofreu redução adicional (21 cargos seriam eliminados, versus 18 na proposta original), resultando numa poupança de US$5,8 milhões em custos relacionados aos cargos). No cenário D revisado, 9% das metas do Plano Estratégico não seriam atingidas até 2013; no cenário C revisado, 19% não seriam atingidas.

56. O orçamento total no cenário D revisado seria de US$626,7 milhões, uma redução de 2,5% (US$16,2 milhões) com respeito ao orçamento atual. O componente FTP representaria 40% e o componente não-FTP 60%. O orçamento ordinário permaneceria inalterado — isto é, sem crescimento nominal — em US$287,1 milhões. Para manter o orçamento ordinário nesse nível, porém, seria necessário um aumento de 4,3% nas contribuições dos Estados Membros para compensar o declínio de US$8 milhões na receita diversa. O Dr. Gutiérrez enfatizou a importância do orçamento ordinário, que financia os salários dos funcionários, permitindo que eles executem o programa aprovado pelos Estados Membros. Além disso, os fundos do orçamento ordinário eram totalmente flexíveis, enquanto as contribuições voluntárias tinham destinação certa e não podiam ser usadas para cobrir lacunas de financiamento nas atividades do programa. Os fundos ordinários também eram cruciais para o desempenho das funções básicas da Organização e permitiam que a Repartição administrasse um orçamento total de US$1,8 bilhão (US$630 milhões para programas básicos da OPAS/OMS, US$148 milhões para projetos internos financiados pelos governos, US$22 milhões para resposta a surtos e crises e US$1 bilhão para aquisição de vacinas e outros artigos médicos em nome dos Estados Membros).

57. O Comitê agradeceu à Repartição o trabalho adicional realizado na proposta de programa e orçamento. Alguns delegados expressaram forte apoio ao cenário D revisado, que na opinião deles seria menos prejudicial à Organização do que o cenário C e permitiria a consecução de uma maior proporção dos objetivos estabelecidos no Plano Estratégico. Outros continuavam relutantes em aceitar qualquer aumento nas contribuições, mas alguns afirmaram que seus governos poderiam estar dispostos considerar um aumento menor. Uma delegada expressou desapontamento pelo fato de não se ter feito um maior esforço para reduzir o aumento no componente de cargos do orçamento e alterar a distribuição de fundos entre o componente de cargos e outros componentes para alocar uma parcela maior a estes. Solicitou que a Repartição elaborasse um cenário no qual o aumento no componente FTP seria significativamente abaixo de 14%. Um registro detalhado das opiniões expressadas pelos membros do Comitê encontra-se no Anexo D a este relatório.

58. Já que a maioria dos membros apoiava o cenário D, o Comitê decidiu aprovar uma resolução recomendando que o Conselho Diretor aprove a proposta de programa e orçamento baseada nesse cenário. Contudo, a pedido de um dos membros, o Comitê também decidiu solicitar que a Repartição elabore outro cenário a ser examinado durante o

Conselho Diretor, na qual o aumento proposto nas contribuições seria de 2,15%, isto é, metade do aumento de 4,3% proposto no cenário D revisado. Essas decisões estão refletidas na Resolução CE148.R16.

59. O Comitê também aprovou a Resolução CE148.R17, recomendando que o Conselho Diretor estabeleça as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Estados Associados com base no cenário D revisado.

Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana (Documento CE148/8)

60. O Dr. Carlos Santos-Burgoa (Assessor Sênior, Violência, Acidentes e Segurança Humana, RSPA) apresentou a estratégia e plano de ação que haviam sido preparados em resposta a uma solicitação pelos ministros da Saúde participantes da mesa redonda em saúde urbana realizada durante o 50º Conselho Diretor em 2010. A estratégia tinha o propósito de apoiar os esforços dos ministérios da saúde em promover a saúde nas áreas urbanas e procurar atender as necessidades específicas de saúde das populações urbanas. O respectivo plano de ação incluía cinco objetivos com os indicadores e atividades recomendadas a ser realizado em um período de 10 anos (2012–2021).

61. O Comitê recebeu cordialmente a estratégia e o plano da ação, salientando a importância da questão e reconhecendo que os modelos atuais de urbanização em geral desestimulavam comportamentos saudáveis como atividade física e contribuíam para problemas de saúde pública como lesões por acidentes de trânsito, violência e poluição ambiental e a taxas maiores de doenças transmissíveis e não transmissíveis em populações urbanas. Os delegados disseram que a estratégia e plano da ação serviriam como valiosa orientação para os esforços do Secretariado e dos Estados Membros que visavam melhorar as condições de saúde nas áreas urbanas. Porém, foram propostas várias revisões da estratégia e plano da ação e emendas ao projeto de resolução incluído no Documento CE148/8.

62. Sugeriu-se que algumas das frases no documento deveriam ser refeitas, pois pareciam ser baseadas em percepções em vez de fatos. Por exemplo, a afirmação no parágrafo 7 de que as "cidades nas Américas atraíam populações indígenas por causa das oportunidades econômicas e sociais que oferecem". Também se considerou que alguns conceitos e termos, como "megatendência global" no parágrafo 14 e "bairros pobres" na atividade 2.1 deveriam ser definidos com mais exatidão, e que a relação entre a finalidade geral da estratégia e os objetivos específicos formulados no plano de ação deveria ser esclarecida. Recomendou-se que os indicadores para os objetivos específicos 1 e 2 deveriam ser expressos com outras palavras para ajustar-se à situação dos Estados Membros com sistemas federativos de governo, substituindo a palavra "nacional" por "… nos âmbitos nacional e estadual, se apropriado". Além disso, sugeriu-se que deveriam ser dados exemplos em várias das atividades propostas (como exemplos de parcerias contempladas na atividade 1.2).

63. Pediu-se esclarecimento sobre a justificação das atividades propostas incluídas no objetivo específico 5, em particular a proposta para criar um novo observatório regional. Alguns delegados questionaram o critério de criar tal entidade no atual ambiente de limitações financeiras e manifestaram preocupação de que poderia repetir os mecanismos internacionais existentes para coleta e difusão de informações, como o Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde em Kobe, Japão. Destacou-se a necessidade de ação interprogramática e intersetorial para abordar os determinantes de saúde urbana e sugeriu-se que o documento deveria ser revisado para esclarecer a relação entre esta estratégia e plano de ação e outras estratégias, planos e programas da OPAS em áreas como segurança viária, saúde e segurança humana e doenças não transmissíveis, e que deveria ser acrescentado ao projeto de resolução um parágrafo destacando a necessidade de ação multissetorial coordenada.

64. O Dr. Santos-Burgoa disse que a Repartição incorporaria as alterações e as melhorias recomendadas pelo Comitê na versão revisada da estratégia e plano da ação a ser apresentada ao Conselho Diretor. Com respeito ao observatório regional proposto, ele explicou que se previam implicações financeiras mínimas e que a Repartição não acreditava que haveria repetição do trabalho do Centro de Kobe; porém, ele teria o prazer de consultar melhor os Estados Membros e discutir suas questões a respeito.

65. A Diretora observou que a Região já havia criado uma base sólida para o trabalho futuro em saúde urbana através do movimento de Cidades e Comunidades Saudáveis, que havia produzido muitas lições importantes e boas práticas. Várias cidades da Região eram modelos excelentes para a melhoria da saúde urbana. Diversos centros colaboradores e centros de excelência na Região, como o Urban Indian Health Institute (Seattle, Washington, Estados Unidos), também poderiam fornecer conhecimento e apoio útil. A OPAS trabalhava estreitamente com o Centro de Kobe e com a Rede de Conhecimento de Meios Urbanos, que haviam apresentado constatações importantes e subsídios para o relatório da comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde. Em outubro de 2011, o Brasil sediaria a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, que seria mais uma oportunidade para destacar as questões da saúde urbana.

66. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R10, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

Estratégia e Plano de Ação sobre a Mudança Climática (Documento CE148/9)

67. O Dr. Carlos Corvalán (Assessor Sênior em Avaliação de Riscos e Mudança Ambiental Global, RSPA) apresentou a estratégia e plano da ação, assinalando que as evidências da mudança climática eram hoje aceitas em quase todo o mundo. Era de entendimento geral que lidar com a mudança climática envolvia dois conceitos, adaptação e amenização, e o setor da saúde precisava contribuir em ambas as áreas. Na área de adaptação, deveriam ser feitas mudanças nos sistemas de saúde para minimizar os

impactos à saúde da mudança climática e, no lado da amenização, o setor da saúde tinha de buscar maneiras de reduzir a emissão de gases do efeito estufa. A estratégia tinha quatro áreas estratégicas: constatação, conscientização, parcerias e adaptação. O plano de ação, que cobriria o período 2012–2017, havia sido organizado em torno das quatro áreas estratégicas e tinha quatro objetivos, cada um deles com um indicador e algumas ações.

68. O Comitê Executivo recebeu com satisfação a estratégia e plano da ação. Vários delegados descreveram os impactos que a mudança climática já vinha causando nos próprios países e expuseram medidas nacionais ou regionais que estavam sendo tomadas para adaptação e/ou amenização. Assinalou-se que um importante efeito da mudança climática para saúde provavelmente seria um aumento das doenças transmitidas por vetores, decorrente do aquecimento de áreas temperadas e frios onde normalmente estas doenças não existiam.

69. Ao mesmo tempo, o Comitê indicou algumas áreas onde a estratégia poderia ser fortalecida. Por exemplo, sugeriu-se que deveria ser dada ênfase ao trabalho com as parcerias existentes em vez de criar novas parcerias. Foi também sugerido que o papel de promoção de causa estabelecido na área estratégica 2 poderia seja mais bem realizado pela sociedade civil e outras organizações não governamentais. Considerou-se que a ação 1.3 (Identificar e adaptar indicadores de mudança climática para serem incluídos nos sistemas nacionais de vigilância) deveria ser ampliada para cobrir diferentes tipos de indicadores, como os relacionados a ondas de calor e mudanças dos vetores. Além disso, as ações 1.7, 3.2 e 3.3 deveriam ter um foco mais direcionado a avaliar os impactos à saúde, e não cobrir a mudança climática de modo geral.

70. Sugeriu-se que o plano de ação deveria abordar os efeitos da mudança climática para a saúde das populações de trabalhadores migrantes, que eram especialmente vulneráveis. Como ainda não se sabia como a mudança climática afetaria a saúde de grupos de homens e mulheres de diferentes idades e condições sociais, o plano também deveria levar em consideração os determinantes sociais da saúde, inclusive o sexo. Além disso, os vínculos entre esta estratégia e plano da ação e o trabalho da Organização nas áreas da saúde urbana e desenvolvimento sustentável deveriam ser mais explícitos.

71. Uma delegada indicou que a frase no parágrafo 9 do documento de que a mudança climática se devia, em grande parte, à queima de combustíveis fósseis era uma simplificação demasiada de uma questão muito complexa. Ela também afirmou que não havia um equilíbrio adequado na estratégia e plano da ação entre os dois conceitos importantes da adaptação e amenização, e que faltava outro aspecto importante do debate da mudança climática, o de "responsabilidades comuns mas diferenciadas". Além disso, o plano de ação deveria dar mais ênfase à importância de atuar em coordenação com os órgãos das Nações Unidas, inclusive o Painel Intergovernamental sobre Mudança Climática, para evitar a duplicação de esforços.

72. O Dr. Corvalán agradeceu ao Comitê pelas suas sugestões, que seriam úteis à Repartição para melhorar a estratégia e plano da ação. Quanto à questão dos combustíveis fósseis, ele disse que a Repartição esclareceria a referência da contribuição destes à mudança climática, que era indiscutível.

73. A Diretora observou que o papel do setor da saúde era levar a questão da saúde humana ao debate da mudança climática, que até o presente havia passado um tanto por alto. O setor da saúde tinha evidentemente um papel a desempenhar na adaptação, mas o lado da amenização não poderia ser negligenciado. Em muitos países, o setor da saúde era o segundo ou o terceiro maior consumidor de energia e tinha responsabilidade de buscar maneiras de reduzir sua própria contribuição aos fatores causadores da mudança climática. O setor também tinha responsabilidade específica com respeito a hospitais, que com frequência se localizavam em áreas em risco de eventos relacionados a condições climáticas extremas, como furacões ou enchentes, e era preciso assegurar que eles poderiam continuar prestando serviços no caso de um desastre natural.

74. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE148.R2, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

Plano de Ação sobre Segurança nas Estradas (Documento CE148/10)

75. A Dra. Eugenia Rodrigues (Assessora em Segurança Viária, RSPA), observando que os acidentes de trânsito eram a causa número um de morte entre crianças de 5 a 14 anos de idade na Região e a segunda causa de morte na população de 15 a 44 anos de idade, expôs os antecedentes e pontos principais do plano de ação.

76. O Comitê Executivo expressou firme apoio ao plano de ação. Vários delegados descreveram as medidas que estavam sendo tomadas nos seus países para melhorar a segurança viária, como criação de órgãos normativos, campanhas para aumentar o uso de capacetes e organização de campanhas e eventos de sensibilização. Destacou-se que o setor da saúde tinha de trabalhar em cooperação com outros setores para reduzir os acidentes de trânsito e suas consequências para a saúde.

77. Diversos delegados destacaram os vínculos entre o álcool (e, em algum de casos, drogas) e acidentes de trânsito. Alguns descreveram as medidas sendo tomadas pelos próprios países para lidar com esta questão. Sugeriu-se que, na atividade 2.5, o nível permitido de álcool no sangue para motoristas jovens não deveria ser de 0,02 g/dl, mas de zero, e que um indicador e atividades relacionadas deveriam ser acrescentados no objetivo 2 que abordava a necessidade de desestimular a condução sob o efeito de drogas.

78. Assinalou-se que algumas propostas para a criação de órgãos reguladores nacionais poderiam ser inapropriadas caso um diferente enfoque fosse mais adequado às circunstâncias de um país em particular; nos países federativos, por exemplo, a segurança viária poderia ser administrada no âmbito estadual ou da província em vez de no âmbito

nacional. Mas também se enfatizou que tal órgão seria necessário para estabelecer parcerias interinstitucionais e multissetoriais e apoiar a tomada de decisão sobre segurança viária.

79. Sugeriu-se que as atividades 3.1 e 4.2, que abordavam, respectivamente, promoção do transporte público e auditorias de segurança da infraestrutura viária, poderiam estar fora do campo de ação e competência do setor da saúde, e recomendou-se que estas atividades deveriam ser reformuladas para se concentrarem em incentivar as autoridades sanitárias nacionais a promover ou participar de colaborações intersetoriais para a execução das atividades propostas. De modo semelhante, assinalou-se que a inspeção de veículos estava fora da esfera de competência do setor da saúde e que as atividades e os indicadores incluídos no objetivo 5 deveriam ser reelaborados para apoiar as autoridades sanitárias ao incentivar os respectivos ministérios ou órgãos a realizar inspeções técnicas de veículos e análises.

80. A Dra. Rodrigues aceitou as diversas sugestões para melhoria do documento, comprometendo-se a incorporá-los no plano de ação.

81. A Diretora disse que o tópico era evidentemente de enorme importância, visto que na Região muitas vidas eram perdidas em acidentes de trânsito, sendo em muitos casos associados ao abuso do álcool. Outros importantes fatores eram infraestrutura e sinalizações viárias inadequadas e uso insuficiente de capacetes. Eram, portanto, necessários esforços nas áreas de promoção de causa, coordenação, coleta de dados e estabelecimento de normas.

82. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE148.R11, recomendando que o Conselho Diretor adotasse o plano de ação.

Plano de Ação para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool (Documento CE148/11)

83. A Dra. Maristela Monteiro (Assessora Sênior, Abuso de Álcool e Substâncias Químicas), apresentou o documento sobre este item, dizendo que o plano de ação havia sido elaborado pela Repartição em consulta com os Estados Membros. Ele tinha o propósito de facilitar a implementação no âmbito regional da Estratégia Global para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool, adotada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2010. O plano tinha como foco os cinco objetivos da estratégia global (listados no Documento CE148/11, parágrafo 3) e as 10 áreas-alvo para ação de política (listadas no parágrafo 4).

84. Os delegados reafirmaram o apoio de seus países à Estratégia Global e receberam cordialmente o plano de ação proposto, elogiando sua ênfase no apoio técnico e capacitação. Enfatizou-se a importância tanto para a Repartição como para Estados Membros de assegurar a disponibilidade de recursos suficientes para a implementação do plano. Considerou-se ser especialmente importante para a OPAS ajudar os Estados Membros no desenvolvimento de infraestrutura suficiente de saúde pública para realizar as

funções de monitoramento expostas no plano e implementar estratégias eficazes de prevenção. Porém, assinalou-se que alguns Estados Membros poderiam não ter os recursos para implementar um plano nacional em grande escala para combater o uso prejudicial do álcool e, portanto, se sugeriu que a redação do parágrafo 3(g) do projeto de resolução incluído no Documento CE148/11 deveria ser alterada para "alocar recursos financeiros, técnicos e humanos para a implementação das atividades nacional expostas no plano de ação". Incentivou-se a Repartição a ajudar os países a estabelecer as prioridades para a implementação das atividades, levando em consideração os recursos e infraestrutura existentes, sistemas de vigilância de saúde pública e o custo-efetividade das estratégias de intervenção.

85. Enfatizou-se que o foco do plano de ação deveria ser no uso abusivo ou prejudicial do álcool, não no consumo de álcool propriamente dito, e que no segundo parágrafo introdutório do projeto de resolução, "associado ao consumo de álcool" deveria ser substituído por "associado ao uso prejudicial do álcool". Foi também sugerido que deveria ser esclarecido no parágrafo 5 do documento que havia tanto benefícios como prejuízo à saúde associados ao consumo moderado de álcool e que os dados atuais indicavam que os benefícios se limitavam a indivíduos acima de 45 anos. Salientou-se a necessidade de obter a participação do setor privado para lidar com o uso prejudicial do álcool, e incentivou-se a Diretora a se reunir com representantes da indústria de bebidas alcoólicas para este propósito.

86. Algumas outras alterações no plano de ação haviam sido sugeridas, em particular com respeito às atividades propostas no objetivo 3. Sugeriu-se que estas atividades deveriam ser ampliadas para incluir planos de ação tanto nacionais como estaduais e que os Estados Membros deveriam designar um ponto focal para a política do álcool, em vez de um órgão nacional, para ajustar-se à situação dos Estados Membros com os sistemas federativos de governo. Destacou-se que as questões de regulamentação e decisões relacionadas à fixação de preços, tributação e restrições à comercialização e venda de bebidas alcoólicas deveriam ficar a cargo dos governos, e recomendou-se que qualquer atividade que estivesse fora da esfera da saúde ou além do que havia sido resolvido em conjunto sob a Estratégia Global deveria ser retirada do plano de ação. Se tais atividades eram para ser mantidas no plano, era preciso esclarecer, como havia sido feito na Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco de OMS, que elas estavam sendo recomendadas sem prejudicar o direito soberano dos países de determinar e estabelecer suas próprias políticas para tributação e questões de regulamentação. Além disso, pediu-se à Repartição que retirasse a atividade relativa ao comércio e acordos comerciais incluídos no objetivo 4, porque tais assuntos estavam fora do mandato e competência da OPAS.

87. A Dra. Monteiro disse que a Repartição se empenharia em revisar o plano de ação de acordo com as recomendações dos Estados Membros. Ela observou, porém, que todas as atividades de cooperação técnica contempladas haviam sido acordadas pelos Estados Membros sob a Estratégia Global e haviam sido baseados nos melhores dados disponíveis

a nível mundial. A Repartição já estava participando de conversas com representantes da indústria do álcool e continuaria buscando subsídios sobre como melhor implementar a Estratégia Global na Região, embora não consideraria a indústria como um parceiro, pois a OPAS possuía uma política de não formar parcerias ou aceitar contribuições financeiras de entidades que poderiam ter uma influência negativa em política de saúde pública.

88. A Diretora afirmou que, embora o plano de ação tivesse de ser compatível com a Estratégia Global, poderia haver maior flexibilidade para permitir aos Estados Membros adaptar as diversas atividades aos seus contextos nacionais e estaduais.

89. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R8, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse uma resolução convocando os Estados Membros a implementar a Estratégia Global através do plano de ação regional.

Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública (Documento CE148/12, Rev. 1)

90. A Dra. Maristela Monteiro (Assessora Sênior em Abuso de Álcool e Substâncias Químicas, RSPA) apresentou o item, relembrando que em 2010 o Conselho Diretor havia adotado uma estratégia regional de saúde pública para abordar os problemas de saúde associados com o uso de substâncias psicoativas.[5] O Documento CE148/12, Rev. 1 apresentava um plano de ação para implementar a estratégia. O plano esboçava as atividades a ser realizadas nas cinco áreas estratégicas identificadas de acordo com a estratégia e enfatizava a necessidade de enfoques integrados e cooperação com outros setores.

91. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o plano de ação. Foi observado que o plano enfatizava a necessidade de trabalhar estreitamente com outros parceiros como a Comissão Interamericana para Controle do Abuso de Drogas e o Escritório das Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes. Ele estava, de modo geral, em conformidade com o atual enfoque internacional de melhoria e fortalecendo dos recursos na esfera da atenção primária, elaboração de programas direcionados à prevenção e redução da demanda, e enfoque em atividades de prevenção e atenção para as populações de alto risco. Enfatizou-se que as atividades propostas teriam que ser adaptadas às condições específicas e o contexto de cada país.

92. Para fins de uniformidade com a estratégia regional e com outros documentos, sugeriu-se que, no documento, o termo “uso de substâncias químicas e danos relacionados” fosse substituído por “uso de substâncias químicas e suas consequências adversas”. O Comitê também destacou algumas discrepâncias entre os termos usados no plano de ação e os da estratégia regional, assim como a necessidade de correções na terminologia usada nas

[5] Consultar Documento CD50/18, Rev. 1.

referências à estratégia continental de abuso de drogas da Comissão Interamericana para Controle do Abuso de Drogas.

93. Sugeriu-se que o objetivo 1.1, que citava os instrumentos aplicáveis de direitos humanos, declarações e recomendações dos sistemas interamericano e das Nações Unidas, também deveria incluir uma referência às convenções de controle de drogas das Nações Unidas. Também foi sugerido que o plano de ação deveria incorporar mais claramente uma perspectiva de gênero. No projeto de resolução, sugeriu-se que o quarto parágrafo introdutório deveria ser revisado para que "ao proteger e promover a saúde como um direito humano fundamental" fosse substituído por "ao proteger e promover o direito de todos a ter o mais alto grau de saúde física e mental que se pode atingir".

94. A Dra. Monteiro agradeceu ao Comitê pelas suas sugestões e disse que a Repartição revisaria o plano de ação de maneira adequada.

95. A Diretora disse que a adoção do projeto de resolução seria um importante passo para combater uma séria questão de saúde na Região, pois a estratégia e plano de ação responderiam à demanda de diretrizes claras e acordadas para lidar com os problemas crescentes associados ao uso de substâncias psicoativas.

96. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R9, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse o plano de ação.

Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsia (Documento CE148/13)

97. O Dr. Jorge Rodríguez (Assessor Sênior em Saúde Mental, RSPA), observando que o tópico de epilepsia estava sendo tratado pela primeira vez pelos Órgãos Diretivos da OPAS, apresentou a estratégia e plano de ação, que eram o resultado de um esforço coletivo envolvendo os Estados Membros, especialistas da Região, OMS e a Liga Internacional contra Epilepsia e a Repartição Internacional para Epilepsia. A estratégia destacava o estigma associado à epilepsia e a discriminação e violações dos direitos humanos aos quais os portadores de epilepsia estavam sujeitos. Também enfatizava a disponibilidade de opções simples e de baixo custo de tratamento que poderiam ser aplicadas no nível da atenção primária, que possibilitaria sanar a disparidade de tratamento que existia na Região.

98. O Comitê Executivo recebeu cordialmente a estratégia e plano de ação e elogiou o empenho da OPAS ao chamar atenção para a disparidade entre o número de pessoas com epilepsia e o número que recebia atenção adequada e à necessidade de combater o estigma e a discriminação contra as pessoas com epilepsia. Sugeriu-se, porém, que a seção "Ônus, prevalência e mortalidade" da estratégia deveria considerar a questão da comorbidade psiquiátrica nos portadores de epilepsia, e que o parágrafo 27 do Documento CE148/13 deveria indicar que 25% a 50% dos pacientes com epilepsia também apresentavam transtornos psiquiátricos, embora tais transtornos com frequência não eram identificados

ou tratados. Ela também deveria abordar de modo mais amplo o ônus da depressão, ansiedade e comprometimento cognitivo. Além disso, sugeriu-se que deveria ser dada mais ênfase às estratégias de autocontrole da epilepsia e que o ensino do autocontrole deveria estar incluído no pacote das intervenções essenciais mencionadas no objetivo 2.1 do plano de ação.

99. No objetivo 1.1, assinalou-se que a atividade 1.1.3 (Identificar grupos em situação especial e de vulnerabilidade que possam requerer atenção específica) seria realizada como parte da atividade 1.1.2 (Formular ou revisar o programa nacional de epilepsia e implementá-lo) e, portanto, não precisava ser relacionada como uma atividade separada. Sugeriu-se que o objetivo 1.4 (Formar e fortalecer parcerias do setor de saúde com outros setores e atores-chave, inclusive o setor privado) deveria ser incorporado ao objetivo 1.1 e que o objetivo 3.2 (Incluir um componente de promoção da saúde e prevenção da epilepsia em programas nacionais de epilepsia) deveria ser incorporado à área estratégica 1, que abrangia programas de epilepsia. No objetivo 4.2, sugeriu-se que as atividades nacionais identificadas fossem ampliadas para promover a pesquisa populacional sobre fatores como variáveis demográficas, condição socioeconômica, utilização de serviços de saúde, fatores de risco comportamentais e comorbidade que poderiam ter relação com as taxas de epilepsia em diversos grupos de pessoas.

100. Assinalou-se que a Liga Internacional de Combate à Epilepsia havia instituído um novo esquema de classificação[6] que reconhecia três grupos de causas da epilepsia – genéticas, estruturais/metabólicas e desconhecidas – e sugeriu-se que a informação sobre etiologia incluída na estratégia deveria estar alinhada com esta classificação. Foi também sugerido que a informação no parágrafo 11 da estratégia deveria ser revisada para esclarecer que o prognóstico nos casos da epilepsia dependia da etiologia, assim como do tratamento precoce sustentado, uma vez que o prognóstico para algumas formas de epilepsia, como a epilepsia mioclônica progressiva, era ruim mesmo com início precoce do tratamento.

101. O Dr. Rodríguez agradeceu ao Comitê pelas suas sugestões, que seriam incorporadas pela Repartição em uma versão revisada do documento. Com respeito à área estratégica 3, ele recordou que havia sido resolvido em conjunto durante as consultas sobre a estratégia e plano da ação que educação e prevenção mereciam atenção especial, principalmente porque a maioria dos casos da epilepsia na Região era secundária a outras causas e era, portanto, passível de ser prevenida. As atividades procuravam prevenir a doença, ensinando as pessoas sobre epilepsia, assim combater o estigma havia sido agrupado em outra área.

---

[6] Berg A et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: Report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia*, 51(4):676-68. DOI:10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x

102. A Diretora assinalou que a epilepsia fazia parte da agenda inconclusa de doenças para as quais havia tratamentos econômicos e métodos de controle da doença, mas estes não estavam disponíveis para todos os que precisavam deles, em parte porque muitos profissionais da saúde, principalmente no nível da atenção primária, não tinham conhecimento e recursos para diagnosticar e tratar a epilepsia com eficácia. A estratégia e plano de ação tinham o intuito de propiciar rapidamente uma importante melhoria no controle de uma doença que afetava não somente pacientes, mas também suas famílias e comunidades e seus ambientes de estudo e trabalho.

103. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R3, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano da ação.

Estratégia e Plano de Ação sobre a Malária (Documento CE148/15)

104. O Dr. Keith Carter (Assessor Sênior em Malária e Outras Doenças Transmissíveis, RSPA) recordou que um Plano Regional Estratégico para Malária nas Américas 2006–2010 havia sido preparado em conformidade com a Resolução CD46.R13 do Conselho Diretor. A estratégia e plano da ação para 2011–2015 propostos no Documento CE148/15 tinham o intuito de se basear neste Plano Estratégico visando reduzir ainda mais a morbidade e a mortalidade relacionadas com a malária e prevenir a reintrodução da malária endêmica em países que haviam sido declarados livres de malária. A estratégia e plano de ação propostos haviam sido elaborados através de um processo consultivo envolvendo diferentes parceiros e diversos programas da OPAS.

105. O Comitê Executivo apoiou a estratégia e plano de ação e recebeu com satisfação os esforços da OPAS em fazer avançar iniciativas de controle da malária na Região, observando que a malária afetava não só a saúde da população como também o desenvolvimento econômico dos países. Foi enfatizada a importância de se aproveitar os compromissos existentes, como a Iniciativa Amazônica da Malária. Sugeriu-se que a ênfase do trabalho da OPAS deveria ser dar orientação a programas de combate à malária dos países e ajudá-los no estabelecimento das metas apropriadas para controle, pré-eliminação ou eliminação de malária. Também se sugeriu que a vigilância entomológica deveria incluir esforços para monitorar a densidade e o comportamento dos mosquitos, assim como a resistência aos inseticidas, de modo a acompanhar o impacto das medidas de controle de vetores. Deveria ser priorizado o monitoramento dos indicadores operacionais de controle de vetores, como os relacionados com o uso de mosquiteiros tratados com inseticida e pulverização de interiores com inseticida de ação residual. Considerou-se que era fundamental aos programas de controle de malária na Região instituir programas de controle e garantia de qualidade tanto para o uso de testes diagnósticos rápidos como para microscopia.

106. O vínculo entre malária e agricultura foi destacado. Especificamente, um delegado observou que havia sido verificado que o cultivo de arroz em arrozais inundados promovia

a reprodução de mosquitos de anófeles e que estudos haviam demonstrado que outros métodos de cultivo, como irrigação intermitente, poderiam reduzir enormemente casos de malária sem afetar a produção agrícola ou o rendimento. Ele propôs que o projeto de resolução incluído no Documento CE148/15 deveria considerar a necessidade de mais pesquisas a este respeito. Outro delegado sugeriu que a resolução deveria chamar atenção para a necessidade de colaboração internacional no âmbito sub-regional, uma vez que a malária não poderia ser contida dentro de fronteiras nacionais. Vários delegados salientaram a necessidade de maior produção de medicamentos antimaláricos, principalmente nos países onde a malária é endêmica a fim de sanar a falta de tais medicamentos na Região. Foi também enfatizada a necessidade de incentivar as empresas farmacêuticas a proverem antimaláricos e outros medicamentos a preços acessíveis através dos fundos de compras da OPAS.

107. Um delegado instou que fossem dadas mais verbas aos países na ilha de Hispaniola para fortalecer os sistemas de saúde que sofreram prejuízo com o terremoto de 2010, melhorar os programas de controle da malária e reverter a tendência crescente de casos notificados. O mesmo delegado observou a necessidade urgente de a OPAS e outros parceiros fornecer assistência técnica para possibilitar ao Haiti implementar o subsídio da Rodada 8 do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária.

108. O Dr. Carter disse que a OPAS havia trabalhado com os países do Caribe onde a malária era endêmica, em particular Haiti e República Dominicana, e que pretendia no futuro trabalhar de maneira ainda mais intensiva com Haiti. Com respeito à Iniciativa Amazônica da Malária, ele observou que este trabalho estava sendo estendido dos países da sub-região amazônica a outros países da Região, inclusive aos países da América Central. Respondendo à preocupação com a falta de medicamentos antimaláricos, ele informou que o Brasil estava trabalhando com uma empresa na produção de medicamentos para uso em esquemas de terapia combinada à base de artemisina, que tinham o potencial de melhorar o acesso a medicamentos antimaláricos na Região, embora precisassem ser consideradas questões regulamentares e de importação.

109. A Diretora assinalou que as metas relacionadas com malária no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 6 (Combate à infecção pelo HIV/aids, malária e outras doenças) provavelmente seriam alcançadas pelas Américas como um todo, já que a maioria dos países da Região já haviam alcançado estas metas ou estavam em vias de alcançá-las. A nova estratégia e plano da ação tinham o propósito de assegurar este resultado. Em particular, tinham o propósito de ajudar a República Dominicana e o Haiti, os dois países da ilha Hispaniola, e isso seria feito tendo como modelo a experiência de êxito das iniciativas existentes de controle da malária, em particular a Iniciativa Amazônica de Malária.

110. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R5, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave (Documento CE148/16, Rev. 1)

111. O Dr. Ricardo Fescina (Diretor do Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano) observou que o Objetivo 5 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio era a que menor havia tido progresso. Em 10 anos, a Região das Américas havia obtido uma redução de cerca de 30% da mortalidade materna e, nos próximos cinco anos teria de obter mais 40% de redução para alcançar a meta do Objetivo 5. O plano de ação visava acelerar a redução da mortalidade materna, que era uma das manifestações mais flagrantes da desigualdade de gênero.

112. Enquanto alguns membros do Comitê Executivo expressaram firme apoio ao plano de ação como apresentado, outros consideraram que ele tinha deficiências importantes e não estava pronto para consideração e aprovação pelos Órgãos Diretivos. Assinalou-se que o documento havia sido disponibilizado somente uma semana antes da sessão e os Estados Membros não tinham tido tempo suficiente para estudá-lo. Sugeriu-se que o plano não deveria ser analisado até o Conselho Diretor e que, neste meio tempo, um grupo de especialistas técnicos deveria ser formado para revisá-lo e aperfeiçoá-lo. Foi também recomendado que o orçamento de US$ 30 milhões deveria ser examinado quanto a se era realista contemplar um aumento neste nível de financiamento.

113. Os delegados destacaram várias deficiências específicas no documento. Foi assinalado, por exemplo, que ele não levava em consideração grande parte do trabalho anterior realizado pela OPAS na questão da mortalidade materna e não continha uma análise de quais ações haviam tido êxito e quais não. Além disso, não havia uma análise séria de quais eram os pontos de comparação atuais, o que dificultava avaliar se as metas no plano de ação eram realistas. Além disso, sugeriu-se que o plano de ação deveria incluir atividades que visam aumentar a capacidade de vigilância de países para monitorar os diversos indicadores propostos. Também se sugeriu que as fases citadas no Anexo B do documento deveriam ser reelaboradas para que mais resultados fossem obtidos antes de 2015.

114. Manifestou-se a opinião de que havia várias questões amplas de política que também mereciam uma análise mais minuciosa, por exemplo, se o acesso universal a serviços de maternidade gratuitos era economicamente viável ou se poderia ser uma força desestabilizadora em economias frágeis. Assinalou-se que o plano de ação também não abordava várias questões, como o uso exagerado e abuso da Região da tecnologia em detrimento das mães e recém-nascidos, e a necessidade do envolvimento dos homens tanto na prevenção da gravidez indesejada como no cuidado da mulher e da criança quando ocorria a gravidez. Indicou-se que a discussão do documento sobre eclâmpsia estava incompleta.

115. Vários delegados descreveram o trabalho em andamento nos próprios países para reduzir a mortalidade materna. Um delegado propôs que fosse criado um observatório regional em mortalidade e morbidade materna. Após perguntas e debate, ele esclareceu que havia pretendido propor um mecanismo de coordenação para compilar e difundir informação, não uma nova estrutura física que seria impraticável em um momento de restrição orçamentária. Concordou-se, portanto, que o projeto de resolução neste item solicitaria que à Diretora que instituísse "um repositório regional disponível para todos os interessados diretos".

116. A delegada do Canadá apresentou um relatório breve sobre o trabalho da Comissão de Informação e Responsabilidade para Saúde da Mulher e da Criança, instituída pelo secretário-geral das Nações Unidas e copresidido pelo primeiro-ministro do Canadá e pelo presidente da Tanzânia. Ela propôs que o Comitê Executivo poderia estudar as 10 recomendações específicas [7] da Comissão e considerar como elas poderiam contribuir para o plano de ação.

117. O Dr. Fescina deu mais alguma informação sobre o Sistema de Informação Perinatal desenvolvido pela OPAS no Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano. Ele agradeceu aos delegados pelas suas observações que seriam úteis à medida que o trabalho avançasse para fortalecer o plano de ação. Ele também esclareceu que o montante do orçamento para o plano de ação havia sido baseado em um cálculo em um nível muito alto de US$ 5 milhões por ano para os seis anos do plano. Este valor seria mais bem apurado e apresentado com maior precisão.

118. A Diretora chamou atenção para a preocupação global com o progresso insuficiente na redução da mortalidade materna, sendo evidenciada com a instituição pelo secretário-geral da Comissão de Informação e Responsabilidade.

119. Na sua opinião, o Conselho Diretor não era o fórum apropriado para uma análise técnica detalhada do plano de ação. Ela propôs, portanto, que a discussão do assunto deveria prosseguir por via eletrônica por um período de 30 dias, para que o plano pudesse ser revisado e apresentado no momento adequado ao Conselho Diretor.

120. O Comitê decidiu aprovar o projeto de resolução (Resolução CE148.R14) e recomendar que o Conselho Diretor respaldasse o plano de ação, com a condição de que o plano seria revisado segundo as observações e sugestões dos Estados Membros. Concordou-se que a Repartição organizaria as consultas eletrônicas sobre o plano durante o mês de julho.

---

[7] As recomendações da Comissão são apresentadas no seu relatório, *Keeping Promises, Measuring Results*.

Estratégia e Plano de Ação para *eSaúde* (Documento CE148/17)

121. O Sr. Marcelo D'Agostino (Gerente de Área, Gestão do Conhecimento e Comunicação, RSPA) expôs as quatro áreas estratégicas contempladas sob a estratégia e plano da ação. Ele observou que, de acordo com sugestão feita durante a Quinta Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, a Repartição havia procurado assegurar a convergência entre a estratégia e plano da ação e iniciativas relacionadas, como a Estratégia para a Sociedade de Informação na América Latina e Caribe (e-ALC) da Comissão Econômica para América Latina e Caribe e a iniciativa de governo eletrônico da OEA. A estratégia e plano da ação haviam sido formulados em consulta com os Estados Membros, principalmente o Canadá, através de uma comunidade de prática coordenada pela Health Canada, que havia possibilitado à Repartição receber observações de 14 instituições e várias organizações e redes.

122. O Comitê Executivo recebeu cordialmente o empenho da OPAS de promover o uso da tecnologia da informação em saúde como meio de expandir o acesso aos serviços de saúde, e expressou apoio à estratégia e plano de ação propostos. Os membros do Comitê consideraram que a estratégia e plano da ação abordavam adequadamente os desafios relativos à gestão do conhecimento e incorporação de tecnologias de informação e comunicação nos sistemas de saúde. Elogiou-se o reconhecimento na estratégia do caráter intersetorial da *eSaúde*, e se assinalou que era fundamental o apoio e a colaboração entre diferentes setores em questões de infraestrutura, financiamento, educação, inovação e interoperabilidade. Também se destacou que o desenvolvimento da *eSaúde* deveria ser conduzido e supervisado pelos ministérios da Saúde, não pela indústria de tecnologia da informação ou outras partes com interesses comerciais. Uma delegada questionou se era razoável a estimativa dos recursos necessários no Anexo C do Documento CE148/17.

123. Manifestou-se apoio às quatro áreas estratégicas identificadas na estratégia e plano da ação e aos seus objetivos respectivos. A proposta de estabelecer um fórum de especialistas para promover o uso de tecnologias de informação e comunicação para aplicações de saúde pública foi também respaldada. Sugeriu-se que o fórum deveria incluir formuladores de políticas e profissionais técnicos com conhecimento diverso sobre o uso de tais tecnologias em meios de saúde pública e que deveria ser representativo dos diferentes setores e principais grupos de constituintes envolvidos em questões de política e prática de *eSaúde*.

124. Sugeriu-se que a estratégia deveria dar mais ênfase ao trabalho à melhoria das parcerias existentes e outros arranjos colaborativos, em vez de estabelecer novos mecanismos que poderiam duplicar os esforços. Assinalou-se que as funções para o laboratório regional propostas no objetivo 1.4 pareciam se sobrepor às do comitê consultivo técnico propostas no objetivo 1.2, uma vez que ambos os mecanismos monitorariam e avaliariam políticas de *eSaúde* na Região, e recomendou-se que o laboratório regional deveria servir como uma fonte de referência aos Estados Membros

para dividir boas práticas. Também se sugeriu que alguns dos indicadores propostos deveriam ser mais bem apurados e esclarecidos. O indicador para o objetivo 1.1, por exemplo, deveria ser ampliado para cobrir os diferentes tipos de tecnologias de informação e comunicação e políticas que os Estados Membros poderiam instituir, como os prontuários médicos eletrônicos, e que também deveria avaliar se os Estados Membros tinham políticas para proteção da privacidade dos indivíduos e para interoperabilidade das tecnologias de informação e comunicação. Opinou-se que alguns dos indicadores no objetivo 4.2 estavam pouco claros. Em particular, pediu-se à Repartição que esclarecesse o que quis dizer com "conteúdo de saúde pública certificado". Além disso, sugeriu-se que deveria ser explicada a referência à saúde pública veterinária no quarto parágrafo introdutório do projeto de resolução incluído no Documento CE148/17.

125. A delegada do México observou que seu país tinha um centro de excelência nacional em tecnologia que havia elaborado cursos relacionados à *eSaúde*, que eles disponibilizariam com prazer a outros países por via eletrônica através da OPAS.

126. O Sr. D'Agostino disse que a Repartição havia prestado bastante atenção às observações e sugestões do Comitê e que eles seriam levados em consideração ao apurar a estratégia e plano da ação. Com respeito à certificação dos sites, ele disse que a ideia era assegurar a disponibilidade de informação em saúde fidedigna na internet. A Organização estava trabalhando com a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e a Health on the Net Foundation, uma organização não governamental que havia desenvolvido um procedimento para certificar sites de informação em saúde. Com respeito à referência à saúde pública veterinária no projeto de resolução, ele explicou que muita experiência havia sido adquirida com o uso de meios móveis nesta área, por exemplo, na vigilância de zoonoses e doenças transmitidas por alimentos.

127. Com respeito ao laboratório regional proposto no objetivo 1.4, o papel dele seria de fato servir como um mecanismo para coletar dados e promover boas práticas, enquanto que o papel do comitê consultivo técnico proposto no objetivo 1.2 seria informar a Repartição sobre os aspectos políticos, técnicos, gerenciais e administrativos da implementação da estratégia. Em resposta à pergunta sobre os recursos, ele observou que a *eSaúde* era uma área atraente a doadores e era, portanto, relativamente fácil captar financiamento para projetos de *eSaúde*. De fato, a OPAS, em parceria com os Estados Membros e outras organizações, já tinha três importantes projetos em andamento, sendo que todos eles haviam captado considerável financiamento.

128. A Diretora destacou a importância de usar tecnologia para abordar a agenda inconclusa das doenças infecciosas e para procurar resolver as lacunas, disparidades e desigualdades no acesso aos serviços de saúde e recursos na Região. Ela observou que a estratégia e plano da ação também apoiariam e melhorariam o empenho de melhorar as estatísticas vitais e de saúde e reduzir a fragmentação dos sistemas de informação em saúde.

129. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R4, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a Estratégia e aprovasse o Plano de Ação.

Assuntos Administrativos e Financeiros

Relatório sobre a Arrecadação das Cotas (Documento CE148/18 e CE148/18, Add.. I)

130. A Sra. Linda Kintzios (Assessora Sênior e Tesoureira, Sistemas e Serviços Financeiros, RSPA), observando que o Documento CE148/18, Add.. I dava informação sobre as cotas de contribuição até 13 de junho de 2011, informou que após essa data a Organização havia recebido outros pagamentos no valor de US$ 16.844 da Costa Rica, US$ 191.992 da República Dominicana e US$ 257.299 do México. A arrecadação combinada das cotas atrasadas e do ano atual até o início da sessão do Comitê era de US$ 54,7 milhões, em comparação a US$ 49,3 milhões em 2010 e US$ 38,0 milhões em 2009. Vinte e um Estados Membros haviam efetuado os pagamentos dos seus compromissos de cotas em 2011, 11 deles na íntegra. A arrecadação das cotas do ano atual era de US$ 31,0 milhões, ou 32% do montante total devido em 2011.

131. Atualmente, somente um Estado Membro tinha um plano de pagamento parcelado, e estava totalmente em dia com os termos deste plano. Dois Estados Membros estavam potencialmente sujeitos às restrições de voto contempladas em conformidade com o Artigo 6.B da Constituição da OPAS. A Repartição havia incentivado estes Estados Membros a tomar as medidas necessárias para conservar seu direito a voto no 51º Conselho Diretor.

132. O Comitê Executivo aprovou Resolução CE148.R1, agradecendo os Estados Membros que já tinham efetuado os pagamentos para 2011, e instando os outros Estados Membros a pagar suas contribuições pendentes o quanto antes.

Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (Documento CE148/19)

133. O Sr. David O'Regan (Auditor Geral, Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, RSPA) apresentou o relatório, assinalando que compreendia três seções: parágrafos 1 a 14 sobre os antecedentes no assunto, recursos, rotinas de planejamento e coordenação com outras fontes de garantia; parágrafos 15 a 33 sobre os resultados e recomendações de trabalhos de supervisão e seguimento do Escritório destas recomendações, e os parágrafos 34 a 35 apresentavam a opinião geral do Escritório sobre o ambiente interno de controle.

134. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o relatório sobre o trabalho do Escritório dos Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES). As operações do Escritório eram consideradas como sendo muito importante ao desempenho do próprio trabalho da OPAS, e instava-se a Repartição a dar muita atenção às recomendações do IES. Na área das auditorias temáticas, as recomendações feitas nos relatórios de exoneração do

serviço foram consideradas como sendo bem fundamentadas, mas se sugeriu que poderia haver espaço para maior divulgação de tais relatórios. Incentivou-se a Repartição a tomar medidas para assegurar que os relatórios fossem realmente abrangentes e úteis.

135. Manifestou-se preocupação com o caráter fragmentário da função de gestão de risco na RSPA e o desenvolvimento lento de uma estrutura formal de gestão de risco, principalmente em algumas das representações nos países. Sugeriu-se que mais atenção deveria ser dada para melhorar a maneira como as cartas de acordo eram usadas nas representações nos países diante das questões levantadas pela 27ª. Conferência Sanitária Pan-Americana em 2007. Também deveria ser intensificado o empenho para executar as recomendações do IES de melhorar a incorporação de prioridades transversais como gênero, direitos humanos e grupo étnico nos planos de trabalho bienais.

136. O Sr. O'Regan agradeceu ao Comitê pelas manifestações de apoio e tomou nota de suas sugestões para áreas de foco especial. Com respeito aos relatórios de exoneração do serviço, ele observou que eram em geral distribuídos apenas a um pequeno círculo do pessoal, inclusive pessoal contratado que havia trabalhado mais estreitamente com o funcionário demissionário e seu sucessor, mas comprometeu-se a examinar a viabilidade de circulação mais ampla destes relatórios.

137. Com respeito à instituição de uma gestão de risco institucional em toda a organização, ele observou que havia sido muito lento o processo para o conceito se firmar de maneira definitiva no sistema das Nações Unidas como um todo. Havia outros fatores que dificultavam o progresso dentro da Repartição como mudanças de pessoal, por exemplo no caso do Diretor de Administração, e a dificuldade de conseguir pessoas para trabalhar em conjunto ao identificar risco de maneira sistemática.

138. A Diretora disse que uma estrutura para gestão de risco havia sido estabelecida sob a direção do Diretor de Administração e que se previa progresso significativo no estabelecimento de uma função rigorosa e abrangente da gestão de risco para o restante de 2011 e em 2012. Com respeito aos relatórios de exoneração do serviço, ela observou que, em conjunto com OMS, a OPAS participava de um projeto que visava preservar a memória institucional e desenvolver um sistema computadorizado para coleta e difusão de tal informação. Além disso, a Organização dispunha de um procedimento organizado de transferência, que assegurava que o trabalho realizado e o conhecimento detido por um funcionário de nível administrativo de saída fosse formalmente transmitido ao seu sucessor.

139. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2010 (*Documento Oficial 340*)

140. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a análise do Subcomitê sobre este item (ver parágrafos 27–37 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR).

141. A Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros) apresentou os aspectos destacados do Relatório Financeiro do Diretor, que revelou que os recursos financeiros totais da Organização continuavam tendo crescimento significativo, com um total acumulado de US$ 932,6 milhões em 2010, em comparação com o recebimento de pagamento em dinheiro de US$ 731 milhões em 2009. As cotas de contribuição acumuladas em 2010 eram de US$ 98,3 milhões; as receitas variadas acumuladas eram de US$ 5,2 milhões. A contribuição da OMS ao Orçamento Ordinário da OPAS havia sido de US$ 39,5 milhões em 2010, que era a metade da alocação total bienal à Região de US$ 79,1 milhões. Os recebimentos das cotas em dinheiro em 2010 haviam sido de US$ 101 milhões, compreendendo US$ 72 milhões para 2010 e US$ 29 milhões para os biênios anteriores. As cotas pendentes eram de US$ 29,7 milhões, o menor nível em mais de 10 anos. A Organização havia recebido e executado um total de US$ 200 milhões em fundos de reserva sob acordos de vários anos para programas de saúde pública, inclusive US$ 82,8 milhões recebidos dos governos para projetos com financiamento externo, US$ 106,8 milhões para projetos com financiamento interno e quase US$ 10 milhões recebidos para esforços de resposta de emergência no Chile e Haiti.

142. Os gastos haviam totalizado US$ 927,3 milhões. Da parte de compras, o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas continuou aumentando, com quase US$ 511 milhões gastos em vacinas e seringas, um aumento de 49% em relação a 2009. Um total de US$ 8,8 milhões de provisões médicas havia sido obtido através do Mecanismo de Processo de Compras Reembolsáveis e um adicional US$ 21,7 através do Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública. Detalhes das outras categorias do gasto poderiam ser encontrados na seção 15 das Notas às Demonstrações Financeiras no Relatório Financeiro. O excedente líquido da receita em relação ao gasto havia sido de US$ 5,3 milhões.

143. A Sra. Helena Freetenby (Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte) resumiu o relatório do Auditor Externo, observando que a auditoria não havia revelado pontos fracos nem erros relevantes. Como resultado, as contas tinham recebido um parecer de auditoria sem reservas. Chamando atenção para as 12 recomendações no relatório, ela destacou quatro aspectos. Em primeiro lugar, ela felicitou a OPAS pela execução com êxito das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) e respostas às recomendações anteriores do Auditor Externo nesse sentido. Ela observou, porém, que apesar do bom planejamento geral, havia tido atraso em alguns aspectos da execução das IPSAS, fazendo com que o cronograma para conclusão a

auditoria ficasse bastante apertado. Os atrasos haviam surgido principalmente com respeito aos procedimentos de encerramento do exercício nas representações nos países, uma área que requeria melhoria de gestão e supervisão.

144. Em segundo lugar, as IPSAS permitiriam melhorar a tomada de decisão financeira, contanto que a OPAS tivesse capacidade de captar informação sobre como recursos estavam efetivamente sendo usados. Era importante assegurar o aprimoramento da capacidade ou substituição de alguns dos principais sistemas contábeis financeiros e de informação para a gestão. Era também crucial assegurar que os dados nestes sistemas fossem mantidos atualizados.

145. O terceiro aspecto se relacionava com as visitas às representações nos países. Na visita do Auditor Externo ao Haiti, ele havia verificado que o escritório estava enfrentando de forma magnífica os desafios que haviam surgido depois do terremoto. A Organização deveria analisar a fundo a resposta do escritório à situação com o objetivo de assegurar que as lições aprendidas fossem retidas. As visitas a outras representações nos países haviam suscitado algumas preocupações com os projetos sendo realizados pelo pessoal da OPAS, alguns dos quais não pareciam estar dentro da área de atuação habitual da OPAS. Além disso, aparentemente os contratos de compra para alguns projetos não haviam sido obtidos mediante processo de concorrência.

146. Quanto ao quarto aspecto, governança, ela destacou a necessidade de uma estrutura sólida de gestão de risco. Assinalando o progresso feito, ela incentivou a Organização a prosseguir nos seus esforços e os Estados Membros a apoiá-los.

147. O Comitê Executivo recebeu com satisfação a informação sobre a sólida situação financeira da Organização e o recebimento, mais uma vez, de um parecer de auditoria sem reservas. O Comitê também felicitou a Sra. Frahler e a sua equipe pela produção das demonstrações financeiras consideradas pelo Auditor Externo como sendo plenamente em conformidade com as IPSAS. O alto nível de qualidade das contas da Organização e maior transparência conferida pelas IPSAS haviam sido considerados particularmente importantes dado o crescimento contínuo dos recursos geridos pela Organização.

148. O Comitê incentivou a Repartição a dar prestar bem atenção às questões levantadas pelo Auditor Externo e às suas 12 recomendações. Destacaram-se as recomendações referentes à atualização frequente de dados de projetos para assegurar que as informações de gestão eram atuais e ao desenvolvimento de um enfoque para lidar com as obrigações subfinanciadas em relação aos benefícios do pessoal. Diante da preocupação manifestada quanto aos projetos inapropriados, o Comitê propôs um endurecimento das regras para deixar claro a todos os Estados Membros que, com o Regulamento Financeiro, qualquer projeto implementado tinha de estar dentro da área de atuação e mandato da OPAS. Enfatizou-se que todas as atividades de compras da OPAS deveriam ser feitas mediante processo de concorrência.

149. A Sra. Frahler assegurou ao Comitê que a Repartição reconhecia a validade das recomendações do Auditor Externo e as seguiria como apropriado. Ela concordou que o atual sistema financeiro computadorizado estava longe de ser ideal. A Repartição havia optado por adaptá-lo às IPSAS por meio de improvisações para não atrasar a sua execução, mas era tempo de substituir o sistema. A Repartição havia tomado nota das ideias expressas quanto à necessidade de controles financeiros aprimorados em um ambiente descentralizado, assim como de assegurar que os projetos nas representações nos países se enquadrassem dentro do mandato da OPAS.

150. A Diretora disse que a Organização poderia se orgulhar dos progressos feitos em 2010. A OPAS havia sido pioneira ao executar as IPSAS, que haviam representado desafios assim como benefícios. Agora estava dando orientação sobre as IPSAS a outros órgãos das Nações Unidas. Embora a OPAS fosse um organismo relativamente pequeno, estava sujeita ao exame por seis diferentes órgãos de auditoria internos e externos. Os Estados Membros e parceiros de desenvolvimento, portanto, poderiam estar seguros de que havia controles estritos e que se preservavam a transparência e responsabilidade.

151. O Comitê tomou nota dos relatórios.

Relatório do Comitê de Auditoria (Documento CE148/20)

152. A Sra. Amalia Lo Faso (Presidente do Comitê de Auditoria) recordou os antecedentes que haviam levado à criação do Comitê de Auditoria, e expôs os tópicos discutidos na primeira e segunda reunião. De importância especial estavam as suas recomendações sobre a execução de um enfoque estruturado e disciplinado para gestão de risco, que permitiria melhor identificação e gestão dos riscos que poderiam impedir a OPAS de alcançar os seus objetivos.

153. O Comitê Executivo recebeu com satisfação a criação do Comitê de Auditoria e seu relatório. Agradeceu as suas recomendações, principalmente as que se referiam à gestão de risco e o processo de seleção do Auditor Externo. Como a OPAS agora tinha uma ampla variedade de órgãos de auditoria, sugeriu-se que poderia ser elaborado um documento para explicar o mandato de cada um deles. Foi pedido esclarecimento sobre com base no que os países eram escolhidos para visitas pelo Comitê de Auditoria, e se sugeriu que mais informações poderiam ser dadas quanto às conclusões a que o Comitê de Auditoria havia chegado nas suas visitas. Também se sugeriu que uma seção nos relatórios subsequentes do Comitê de Auditoria poderia ser dedicada ao seguimento que havia sido dado às diversas recomendações.

154. A Sra. Lo Faso explicou que as visitas de campo tinham tido duração de apenas algumas horas e tinham tido o propósito de dar os integrantes do Comitê de Auditoria um melhor entendimento do trabalho da Organização em campo. As recomendações das visitas de campo haviam sido relacionadas com certas questões de recursos humanos e compensação e também com relação à implementação das recomendações feitas tanto pelo

Auditor Externo como pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação. O Comitê de Auditoria havia verificado que, em alguns países, as recomendações não estavam sendo implementadas e havia necessidade de seguimento mais estreito por parte da Repartição. O Comitê de Auditoria estava monitorando a implementação das suas próprias recomendações, mas cabia à administração da Repartição decidir se deveria ser elaborado um documento para informar o progresso.

155. A Diretora concordou que seria útil elaborar um documento explicativo sobre a função e termos de referência dos diversos órgãos de supervisão, que poderia também envolver o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos e o Ombudsman. Havia também necessidade de um sistema mais claro e fácil de usar para registrar e monitorar a implementação das recomendações feitas pelos diversos órgãos.

156. Com respeito às perguntas de como os tópicos e lugares a serem auditados eram selecionados, ela explicou que, no caso do Comitê de Auditoria, no seu primeiro ano de operação, o propósito havia sido simplesmente para que os membros do Comitê de Auditoria se familiarizassem com o trabalho da Organização. Portanto, os destinos haviam sido selecionados considerando a facilidade da viagem, custo e outras questões pragmáticas. Futuros locais seriam planejadas em resposta a um diálogo entre os órgãos de auditoria interna e externa da OMS e, em geral, com base nos critérios de risco.

157. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS (Documento CE148/21)

158. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a análise deste item pelo Subcomitê (ver parágrafos 57 a 69 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR).

159. O Sr. Román Sotela (Assessor Sênior, Gestão de Orçamentos para Programas, RSPA) apresentou o relatório, destacando dois acréscimos que haviam sido solicitados pelo Subcomitê. O primeiro era na Tabela 2, Resumo de Execução da Conta Especial, no qual a coluna de "Observações" fornecia informação breve sobre a situação atual dos projetos. O segundo era a inclusão de uma nova proposta de projeto 3.D, "Modernização do Sistema de Informação de Apoio à Gestão da RSPA", como continuação do projeto 3.A, que havia sido concluído. Respondendo a uma pergunta, ele explicou que o projeto 3.D não havia sido mostrado no Resumo de Execução da Conta Especial porque ainda tinha o status de uma proposta de projeto; o resumo mostrava somente os projetos que estavam efetivamente sendo implementados até 31 de dezembro de 2010. Recordando que o Conselho Diretor havia autorizado gasto da Conta Especial para o projeto 3.D de até US$ 10 milhões, ele acrescentou que uma vez que o projeto fosse incluído no resumo de execução, o total da coluna "Autorizado da Conta Especial" seria de US$ 25.290 milhões

(ou seja, o montante total originalmente depositado na conta), do qual seriam subtraídos todos os valores na coluna "Executado".

160. O Comitê Executivo agradeceu pela inclusão de maior detalhamento solicitado pelo Subcomitê, que havia deixado o relatório bem mais claro. Também elogiou o progresso feito, observando que três projetos já haviam sido completados e três mais estavam programados para terminar em fins de 2011. O Comitê também recebeu cordialmente a inclusão do projeto 3.D entre os projetos financiados com a Conta Especial. Pediu-se informação sobre a disposição do saldo restante de US$ 138.200 após a finalização do projeto 3.A.

161. O Sr. Tim Brown (Assessor, Sistema de Gestão Institucional, RSPA) explicou que parte dos fundos restantes do projeto 3.A estava sendo usado para um estudo relacionado com as compras para a próxima fase do projeto de sistema de informação de apoio à gestão. Depois que este estudo fosse finalizado, o saldo restante (calculado em cerca de US$ 50.000) seria devolvido à Conta Especial.

162. A Diretora acrescentou que a Repartição procuraria assegurar que as informações apresentadas nos projetos da Conta Especial fossem atualizadas de imediato antes de cada sessão dos Órgãos Diretivos para que os montantes apresentados com exatidão refletissem a situação no momento.

163. O Comitê tomou nota do relatório.

Assuntos de Pessoal

Emendas do Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CE148/22, Rev. 1)

164. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a consideração do Subcomitê deste item (ver parágrafos 70 a 76 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR), observando que o Subcomitê havia respaldado as alterações propostas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA e recomendado que o Comitê Executivo deveria aprovar a resolução incluída no Documento CE148/ 22, Rev. 1.

165. A Sra. Nancy Machado (Assessora de Recursos Humanos, RSPA) acrescentou que havia sido feita uma alteração desde a sessão do SPBA, que surgiu de uma análise integral do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da Organização determinada pela Diretora. O Artigo 1230 do Regulamento de Pessoal estava sendo modificado para dispor sobre um presidente da Junta de Recursos externa, suspender o apoio de um secretário em regime de tempo integral à Junta e reduzir seus integrantes de 24 a 16. O Artigo 1230.8 estava sendo modificado para estipular que a Organização estabeleceria o regulamento interno a estar seguido pela Junta ao analisar os recursos.

166. O Comitê aprovou a Resolução CE148.R12, confirmando as emendas ao Regulamento do Pessoal, estipulando os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011, e recomendando ao Conselho Diretor que estipulasse o salário bruto anual do Diretor em US$ 204.391, também em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011.

Intervenção do Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS (Documento CE148/23)

167. A Sra. Pilar Vidal (Presidente da Associação do Pessoal da OPAS/OMS) destacou os assuntos que a Associação do Pessoal desejava trazer à atenção do Comitê, realçando em particular que, embora o pessoal tinha certas considerações no que se referia às áreas de política de recrutamento, administração do sistema de justiça, possíveis impactos da reforma contratual da OMS ao pessoal da OPAS e alterações propostas na Junta de Recursos, eles continuavam sendo funcionários públicos comprometidos em cumprir as metas da Organização e trabalhar em prol dos Estados Membros.

168. Como havia sido assinalado no relatório do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, diversos funcionários iriam se aposentar nos próximos dois anos. Esta situação, indubitavelmente, representaria um ônus aos que ficassem e também seria uma dificuldade em termos de preservar a memória institucional e o conhecimento da Organização. Ao mesmo tempo, proporcionaria uma oportunidade histórica para instituir uma política de recursos humanos a médio prazo, uma que seria mais participativa, ofereceria melhores perspectivas de carreira com base no mérito para o pessoal e restringiria o uso exagerado de pessoal aposentado.

169. O Comitê Executivo recebeu com satisfação o relatório da Associação do Pessoal, reconhecendo que era o pessoal que fazia o trabalho real da Organização e que o pessoal deveria portanto participar plenamente dos processos de planejamento e monitoramento. O Comitê também demonstrou agradecimento pela melhoria de produtividade do pessoal.

170. A Sra. Vidal afirmou que o pessoal considerava seu trabalho uma parceria com os Estados Membros e a administração da Repartição.

171. A Diretora também homenageou o compromisso e o conhecimento técnico do pessoal, cujo aumento na produtividade refletia sua dedicação ao trabalho. Ela acrescentou uma nota especial de agradecimento à Presidente e aos membros da Associação do Pessoal, que trabalhavam voluntariamente no tempo de que dispunham em prol dos seus colegas.

172. O Comitê tomou nota da declaração.

Assuntos para Informação

Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013 e Projeto de Orçamento por Programa de 2012–2013 da OMS (Documento CE148/INF/1 e CE148/INF/1, Add. I)

173. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a discussão do Subcomitê deste item, destacando em particular as observações com respeito à reforma da OMS (ver parágrafos 77 a 87 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR).

174. A Sra. Gloria Wiseman (Canadá), falando como representante de um Estado Membro com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Conselho Executivo da OMS, recordou que o Comitê havia discutido a necessidade de que o orçamento da OMS realista de 2012–2013 fosse mais realista e havia pedido ao Secretariado que revisasse seu projeto orçamentário original, que havia sido considerado como sendo excessivamente ambicioso. Na Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2011, os Estados Membros haviam aprovado o projeto revisto, que havia sido reduzido de US$ 4,8 bilhões para US$ 3,95 bilhões. O projeto havia considerado um crescimento nominal zero nas contribuições dos Estados Membros, que portanto continuariam inalteradas no biênio atual e constituiriam 24% do financiamento para orçamento. Os 76% restantes teriam de vir das contribuições voluntárias. O Comitê havia reconhecido as dificuldades criadas para OMS com a destinação das contribuições voluntárias e falta de financiamento flexível e previsível.

175. O Comitê também havia salientado a necessidade de abordar as questões do orçamento no âmbito da reforma da OMS. Os representantes das Américas haviam assinalado que a Região recebia a menor parcela do orçamento da OMS e, por outro lado, que não havia recebido, diversas vezes, a alocação completa das contribuições voluntárias da OMS. O Delegado do Panamá havia se pronunciado em nome das Américas durante a Assembleia da Saúde, reiterando à OMS que igualdade e justiça na distribuição dos recursos entre as regiões e transparência no processo orçamentário geral. Havia sido concordado que uma análise dos mecanismos de alocação orçamentária seria incluída na iniciativa de reforma da OMS.

176. No debate que se seguiu, assinalou-se que a alocação da Região continuaria sendo em 2012–2013 a mesma do biênio atual e manifestou-se apoio ao pronunciamento feito pelo Delegado do Panamá em nome da Região.

177. O Sr. Guillermo Birmingham (Diretor de Administração, RSPA) agradeceu o apoio dos Estados Membros da Região durante a Assembleia da Saúde.

178. O Comitê tomou nota do relatório.

Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação Gerencial da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CE148/INF/2)

179. O Sr. Tim Brown (Assessor, Sistema de Gestão Institucional, RSPA) explicou que o projeto de modernização estava em fase de pré-implementação durante a qual o software apropriado seria escolhido e em seguida implementado em duas fases, cada uma com duração de um ano. Portanto, a conclusão geral do projeto seria em meados de 2014. Os respectivos departamentos estavam criando uma sólida fundação para o que era um projeto muito complexo. Isto envolvia decisões de pessoal, definição detalhada do alcance do projeto e outros detalhes. A Repartição estava em vias de adquirir os serviços de um consultor independente cujo papel seria assegurar que a Organização identificasse todos os produtos de software que poderia ser apropriados às suas necessidades e que obtivesse os melhores termos possíveis no seu contrato com o provedor por fim escolhido.

180. Embora tivesse ficado evidente que o papel de planejamento de programas da OPAS não ficaria bem servido com os produtos usados por algumas outras entidades das Nações Unidas, comprovou-se que havia opções comerciais viáveis e, portanto, a Repartição não precisaria programar o software funcional internamente. Seu departamento também estava discutindo como avaliaria o sucesso do projeto, entendendo-se por "sucesso" que o sistema modernizado estava contribuindo de modo eficaz para a missão e as metas estratégicas da Organização.

181. O Comitê Executivo recebeu cordialmente a atualização do progresso até o momento. Assinalou-se que a experiência comparável da OMS ao executar seu Sistema de Gestão Global e os imensos desafios que precisou superar serviriam de alerta. Uma delegada questionou se as estimativas de custo originais para o projeto ainda eram válidas.

182. O Sr. Brown, recordando que o cálculo dado ao Conselho Diretor havia sido de US$ 20,3 milhões, disse que ele não tinha nenhuma informação indicando que o custo excederia este valor. Embora os produtos de nível superior como o Oracle fossem muito caros, havia produtos de nível médio a um preço mais acessível que pareciam promissores, sendo que um deles era usado, por exemplo, pela Organização de Aviação Civil Internacional.

183. A Diretora observou que com o projeto agora formalizado sob a Conta Especial (ver parágrafos 154 a 159 anteriormente), uma grande parcela do financiamento havia sido assegurada.

184. O Comitê Executivo tomou nota das informações fornecidas.

Relatório sobre os Preparativos do Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva (Documento CE148/INF/3)

185. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) expôs os objetivos e o programa proposto para painel de discussão sobre maternidade segura e acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para ser realizado durante o 51º Conselho Diretor.

186. O Comitê fez várias sugestões com respeito aos tópicos que deveriam ser abordados durante o painel de discussão. Uma delas era a questão do aborto terapêutico e as concepções errôneas e ideias tendenciosas associadas a esta questão, que poderiam ser um obstáculo às intervenções médicas com potencial de salvar muitas vidas. Outra era a necessidade de indicadores de saúde sexual e reprodutiva mais flexíveis que revelariam disparidades e desigualdades. Assinalou-se que os indicadores usados para avaliar o progresso para o cumprimento da meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a mortalidade materna eram médias nacionais, que mascaravam as disparidades no âmbito subnacional, e que consequentemente seria possível aos países alcançar a meta de reduzir a mortalidade materna em alguns grupos ou áreas geográficas, mas o índice de mortalidade materna poderia permanecer elevado de forma inadmissível e poderia mesmo aumentar em outros grupos ou áreas. Também se assinalou que era difícil obter uma maior redução onde a mortalidade materna já era relativamente baixa e que, na ausência de indicadores mais flexíveis, era possível que alguns países poderiam não alcançasse a meta do ODM, mesmo se tivessem tido êxito em reduzir as taxas de mortalidade materna.

187. A Dra. Tambini concordou que o painel de discussão proporcionaria uma oportunidade valiosa para avaliar várias questões relativas à maternidade segura e saúde sexual e reprodutiva, inclusive a do aborto inseguro, que seria o tópico de uma das apresentações do painel. Com relação aos indicadores, ela observou que a segunda recomendação da Comissão sobre Informação e Responsabilidade para Saúde da Mulher e da Criança e pedia aos países que começassem a monitorar 11 indicadores comuns em saúde reprodutiva, materna e da criança que haviam sido desagregados por gênero e outras considerações de igualdade. A OPAS havia instituído uma equipe envolvendo pessoal de diversas áreas técnicas para formular um plano de trabalho para apoiar os países ao implementar as recomendações da Comissão. A Organização também estava documentando e difundindo boas práticas com o objetivo de permitir aos Estados Membros aprimorar os seus planos de ação para redução da mortalidade materna e fortalecer os seus serviços de saúde sexual e reprodutiva.

188. A Diretora disse que se esperava que o painel produzisse maior conscientização sobre diversas questões relativas à disponibilidade e acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive o acesso a opções anticoncepcionais mais modernas, principalmente no nível de atenção primária à saúde. Ela salientou a importância de padronizar indicadores

nos países e órgãos internacionais e reconheceu a necessidade de indicadores mais flexíveis para refletir melhor a situação real relativa à saúde e mortalidade maternas.

189. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatório sobre os Preparativos para a Mesa Redonda sobre a Resistência aos antimicrobianos (Documento CE148/INF/4)

190. A Dra. Pilar Ramón-Pardo (Assessora, Resistência aos Antimicrobianos, RSPA) informou sobre os preparativos para o debate da mesa redonda para ser realizada durante o 51º Conselho Diretor, sendo que o tópico seria resistência aos antimicrobianos, que também havia sido o tema do Dia Mundial da Saúde de 2011. A mesa redonda teria três objetivos (relacionados no parágrafo 8 do Documento CE148/INF/4) e incluiria diversos interessados diretos. Os participantes seriam divididos em três grupos de discussão, que debateriam sobre as diversas facetas do problema da resistência aos antimicrobianos. O desfecho dos debates seria exposto, de forma resumida, em um relatório a ser apresentado em plenário.

191. O Comitê recebeu com satisfação a escolha da resistência aos antimicrobianos como o tópico para a mesa redonda e sugeriu várias questões que deveriam ser consideradas pelos grupos de discussão, inclusive disponibilidade atual e futura de antibióticos; controle de qualidade e uso racional dos antibióticos; fortalecimento dos serviços hospitalares de farmácia e redes de laboratórios nacionais; melhoria da vigilância, prevenção e controle de infecções adquiridas no hospital; e melhoria das práticas de dispensação de medicamentos. Sugeriu-se que deveria ser dada consideração à organização de um estudo multicêntrico sobre resistência aos antimicrobianos e uso inapropriado dos antibióticos. Também se sugeriu que deveriam ser convidados os representantes da indústria farmacêutica e de órgãos reguladores de medicamentos para participarem da mesa redonda. Uma delegada considerou, porém, que seria inapropriada a participação dos representantes da indústria farmacêutica nas deliberações de um órgão intergovernamental e poderia causar sérios conflitos de interesses.

192. A Diretora assinalou que as mesas redondas a serem realizadas durante o Conselho Diretor tinham o propósito de proporcionar uma oportunidade aos Estados Membros para debater uma questão com mais profundidade do que seria possível durante as reuniões plenárias e, portanto, somente Estados Membros poderiam participar dos debates. Os representantes do setor privado poderiam ser convidados a observar, mas não a participar como palestrantes ou debatedores. Porém, os Estados Membros poderiam incluir representantes do setor privado nas suas delegações se assim o desejassem.

193. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documentos CE148/INF/5-A, B, C, D, E e F)

Imunização: Desafios e Perspectivas (Documento CE148/INF/5-A)

194. A Dra. Alba María Ropero (Assessora Regional em Imunização, RSPA) fez uma apresentação sobre a Semana de Vacinação nas Américas e o progresso para a Semana Mundial de Vacinação. Ela observou que a Semana de Vacinação era uma oportunidade não só para vacinar muitas pessoas em toda a Região, promover a imunização familiar e fortalecer programas de vacinação, mas também para dar ímpeto a outras iniciativas, como prestação de outros serviços de saúde e registro de crianças não registradas em comunidades remotas. Ela destacou a importância da coordenação transnacional para o sucesso da Semana de Vacinação nas Américas, que havia sido emulada por outras quatro regiões da OMS: África, Mediterrâneo Oriental, Europa e Pacífico Ocidental. A Região do sudeste asiático planejava introduzir sua própria semana de vacinação em 2012, e se esperava que uma proposta para estabelecer uma Semana de Vacinação Mundial seria apresentada ao Conselho Executivo da OMS na sua próxima sessão ordinária.

195. No debate que se seguiu, recebeu-se com satisfação o progresso descrito no documento e foram elogiados os esforços da OPAS de assegurar a disponibilidade de vacinas tradicionais e novas. Manifestou-se apoio para os quatro próximos passos propostos no relatório de progresso, e se destacou o vínculo entre estes passos e as recomendações sobre imunização da Comissão de Informação e Responsabilidade para Saúde da Mulher e da Criança.

196. O Comitê tomou nota do relatório.

Implantação da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual (Documento CE148/INF/5-B)

197. O Dr. James Fitzgerald (Assessor Sênior, Medicamentos Essenciais e Produtos Biológicos, RSPA) apresentou o item e pediu que fossem feitas observações pelo Comitê sobre o relatório de progresso.

198. Vários delegados descreveram o trabalho realizado pelos seus próprios países para fomentar a Estratégia Global e Plano da Ação. Sugeriu-se que os países poderiam trabalhar mais estreitamente em áreas como o estabelecimento de normas para qualidade dos medicamentos ou o uso racional de medicamentos para evitar a resistência medicamentosa. Alguns delegados propuseram melhorar a redação do relatório de progresso quanto às referências das atividades dos seus países. Pediram-se mais informações sobre o componente de transferência de tecnologia da Estratégia e Plano da Ação.

199. Manifestou-se preocupação com a recusa por partes de alguns fabricantes de medicamentos de disponibilizar os seus produtos a preços acessíveis através dos

mecanismos de compras da OPAS. Embora se reconhecesse que a Organização não poderia impor sanções legais ou econômicas contra tais empresas, sugeriu-se que ela poderia exercer pressão ética e moral.

200. O Dr. Fitzgerald agradeceu aos delegados pelas suas observações. Ele concordou que poderia haver dificuldades de obter preços baixos para os medicamentos mais complexos, que habitualmente eram comercializados por um único fornecedor. Como parte do seu mandato de cooperação técnica, a OPAS trabalharia com países para avaliar quais poderiam ser as opções para superar o problema. Um importante fator era a transparência de preços, e a OPAS tinha um processo para o intercâmbio de informações de preços entre os países. Para auxiliar na área do uso racional, a OPAS em breve estaria lançando a Rede Pan-americana para Avaliação de Tecnologia em Saúde (REDETSA) no Rio de Janeiro. A rede havia sido proposta com o intuito de permitir avaliações comparativas de segurança e eficácia, assim como de fatores econômicos, e seria de ajuda aos países para a tomada de decisão das autoridades sanitárias sobre medicamentos a ser incluídos nos seus programas de saúde pública.

201. A OPAS reconhecia que a transferência de tecnologia era um aspecto crucial para garantir o acesso aos medicamentos e vacinas e, depois de algumas reuniões regionais, estava no processo de estabelecer uma rede regional para transferência de tecnologia. As áreas prioritárias para a transferência de tecnologia eram a produção das vacinas contra a influenza e de medicamentos e vacinas para as doenças negligenciadas.

202. A Diretora disse que a Organização estava trabalhando com os países a fim de melhorar sua capacidade de produção dos medicamentos e vacinas no âmbito nacional. Ao mesmo tempo, estava se empenhando para encontrar incentivos que persuadiriam as empresas a produzir mais medicamentos para as doenças negligenciadas e oferecer seus produtos a preços competitivos através dos fundos de compras da OPAS. Um elemento importante era a transparência de preços e, para assegurar tal transparência, era crucial que os países dividissem informações de preços. Também era importante coordenação entre os países e entre os setores para padronizar medicamentos em particular que os países gostariam de introduzir nos seus programas de saúde pública e, assim, aumentar o volume a ser comprado, que ajudaria a baixar o preço.

203. O Comitê tomou nota do relatório.

Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (Documento CE148/INF5-C)

204. A Dra. Adriana Blanco (Assessora em Controle do Tabagismo, RSPA) apresentou o relatório de progresso. Ela observou que, embora um grande número de países tivesse ratificado a Convenção, permanecia pequeno o número de países que tinham implementado leis para efetivar as disposições da convenção, e nenhum país havia sancionado implementar legislação que cobrisse todas as disposições da Convenção.

205. Ela destacou dois progressos recentes que não haviam sido mencionados no relatório: a Argentina, embora não fosse uma parte da Convenção, havia recentemente sancionado uma lei que proibia o fumo em muitos lugares e impunha restrições à publicidade; além disso, o Equador havia aprovado uma lei que estava atualmente aguardando a assinatura pelo Presidente e estipulava áreas importantes onde o fumo seria proibido, impunha restrições à publicidade e requeria advertências de saúde, inclusive imagens, nos produtos do tabaco.

206. Ela também assinalou que a indústria do tabaco estava tentando reduzir pouco a pouco as leis de controle do tabagismo em muitos países, durante o processo de aprovação legislativa e posteriormente. O Peru, por exemplo, estava enfrentando uma série de desafios legais para as suas leis de controle do tabagismo. A indústria estava também fazendo contribuições financeiras em áreas que não tinham nada a ver com tabaco, em uma tentativa de obter apoio e estava estimulando a produção de tabaco em países que no passado não havia sido grandes produtores.

207. No debate que se seguiu, vários delegados informaram sobre as atividades de controle do tabagismo nos seus países, incluindo experiências positivas, como novas leis para regulamentar o fumo em locais públicos e restringir a publicidade, e negativas, como contestações constitucionais das leis de controle de tabagismo pela indústria do tabaco. Destacou-se a importância de dividir as informações de controle do tabagismo entre países e o vínculo entre o fumo e doença crônica. Sugeriu-se que este vínculo também deveria ser exposto na próxima reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis.

208. Opinou-se que o trabalho contra o consumo do tabaco deveria incorporar, em um grau maior que no passado, uma perspectiva de gênero, um enfoque de direitos humanos e ênfase à proteção da saúde das pessoas no local de trabalho. Com respeito ao aspecto de gênero, destacou-se a necessidade de pesquisa sobre os fatores que faziam com que as mulheres fumassem.

209. A Dra. Blanco agradeceu ao Comitê Executivo para suas observações e recomendações, em particular as em relação ao vínculo entre o fumo e doença crônica.

210. A Diretora instou os países que ainda não haviam ratificado a Convenção Básica a ratificá-la, observando que a Região das Américas era a região da OMS com a menor proporção de ratificações. A Repartição estava pronta para apoiar as autoridades sanitárias em seus esforços para obter a ratificação e ela estava segura de que os países da Região que já haviam ratificado a Convenção também ofereceriam apoio, assessoria e estímulo.

211. O Comitê tomou nota do relatório.

Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (Documento CE148/INF/5-D)

212. O Dr. Sylvain Aldighieri (Assessor Sênior, RSI, Alerta e Resposta, e Doenças Epidêmicas, RSPA) destacou quatro pontos do relatório: a execução dos planos de ação nacionais sob o Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005) nos diversos níveis de administração nacional, a possibilidade de que a data-limite para a preparação dos planos de ação nacionais poderia ser estendida para depois de junho de 2012, o relatório do Comitê de Análise do RSI (2005) que havia sido apresentado à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2011 e o fortalecimento dos sistemas regionais de alerta e resposta.

213. O Comitê Executivo observou que parecia, baseado nas informações do relatório, que a infraestrutura básica necessária não estaria implementada em todo o mundo até a data-limite de 2012 e instou os países da Região a acelerar seus esforços nesse sentido. Considerava-se fundamental assegurar que todos os centros de coordenação nacionais tivessem a autoridade e a infraestrutura necessárias.

214. Os países expressaram agradecimento pelo apoio prestado pela RSPA para a execução do RSI, em particular o desenvolvimento da infraestrutura básica. Assinalou-se que, embora vigilância e resposta fossem inegavelmente importantes, outros recursos básicos também tinham de ser desenvolvidos, inclusive a capacidade de aplicar medidas de saúde pública no que se referia aos pontos da entrada, modalidades internacionais de transporte, passageiros, cargas e correio, e vetores. Ainda havia muito a ser feito para criar mecanismos eficazes para a comprovação do cumprimento do RSI. Pediu-se esclarecimento sobre como muitos países da Região haviam até o momento instituído sua infraestrutura básica.

215. Sugeriu-se que o relatório deveria incluir informação sobre as reuniões que a OPAS havia mantido com os países do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e da União das Nações Sul-Americanas (UNASUL), nas quais os países da sub-região haviam produzido iniciativas para melhorar a ferramenta de relatório que havia sido proposta pela OMS. Um delegado recordou o compromisso da OPAS de ajudar com a migração de dados entre a OMS e as ferramentas do Mercosul.

216. O Dr. Aldighieri disse que o fortalecimento dos centros de coordenação nacionais era um dos focos mais importantes da cooperação técnica direta da Organização com os países. Com esta finalidade, havia sido implementado um sistema de residência, no qual por um período de pelo menos três semanas os profissionais de um centro de coordenação nacional de um país participava do trabalho do grupo de alerta e resposta na sede da OPAS. Um número significativo de países da Região já havia participado no programa. Ao mesmo tempo a OPAS estava trabalhando para fortalecer cada representação nos países para assegurar um diálogo constante entre o escritório e o centro de coordenação nacional, que lhes permitiria empreender uma avaliação conjunta do risco. Com respeito a reforçar a

vigilância nos pontos da entrada, ele informou que a OPAS estava recebendo firme apoio do Governo da Espanha, que havia disponibilizado um especialista no sujeito no assunto para responder às considerações dos países. Sob este acordo, a OPAS havia organizado vários eventos de treinamento.

217. Ele explicou que a falta de referência à importante reunião do Mercosul-UNASUL era apenas decorrente do cronograma para a produção do relatório de progresso; este lapso seria corrigido na versão revisada do relatório. Com respeito à pergunta sobre a situação do progresso para a execução, ele observou que os países precisavam informar anualmente o nível do próprio progresso, e até que estes relatórios fossem apresentados não se saberia quantos países teriam infraestrutura básica plenamente implantada em junho de 2012. Neste ínterim, o Secretariado do RSI estava tomando medidas para permitir aos países solicitar uma extensão da data-limite.

218. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas (Documento CE148/INF/5-E)

219. A Dra. Sofía Leticia Morales (Assessora Sênior para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, RSPA) apresentou o relatório de progresso e destacou as cinco linhas estratégicas de ação propostas no parágrafo 83, que visavam assegurar que todos os países da Região alcançassem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) até 2015.

220. Vários membros do Comitê informaram sobre o progresso dos próprios países para o cumprimento dos Objetivos, sendo que todos observaram a existência de disparidades em curso no âmbito subnacional e salientaram a necessidade de se concentrar nas áreas e comunidades vulneráveis e subatendidas e adaptar a atividades relacionadas com os ODM às necessidades de tais comunidades. Destacou-se a necessidade de levar em consideração fatores culturais, sociais, econômicos, geográficos e outros fatores que influíam nas condições de saúde, assim como da necessidade de fortalecer os sistemas e serviços de saúde, principalmente no nível de atenção primária. Os membros do comitê também enfatizaram a necessidade de melhorar as estatísticas vitais e sistemas de informação sanitária para monitorar o progresso para o cumprimento dos Objetivos e identificar as áreas e populações que exigiam maior atenção. Incentivou-se a Repartição a continuar a priorizar a cooperação técnica que visava apoiar o empenho dos Estados Membros para atingir os Objetivos até 2015.

221. O Dr. José Antonio Escamilla (Assessor, Informação Sanitária e Análise, RSPA) reafirmou o compromisso da Repartição de continuar a ajudar os Estados Membros a fortalecer seus sistemas de estatística de saúde e capacidade de análise de informação e disponibilizar todas as ferramentas e métodos de tecnologia da informação que a OPAS havia desenvolvido ao longo dos anos.

222. O Dr. Morales reconheceu a necessidade de priorizar as comunidades vulneráveis e de direcionar os esforços para atingir os Objetivos nestas comunidades. A Repartição continuaria apoiando os países ao identificar tais comunidades e trabalhar para sanar as disparidades de saúde e eliminar as desigualdades.

223. O Comitê tomou nota do relatório.

Análise dos Centros Pan-Americanos (Documento CE148/INF/5-F)

224. O Dr. Carlos Samayoa (Assessor Sênior, Desenvolvimento Institucional, RSPA), apresentou o relatório de progresso, observando que o objetivo das análises periódicas dos Centros Pan-Americanos era assegurar que, em um ambiente político, econômico, técnico e epidemiológico em constante transição os centros continuassem sendo veículos eficientes e competentes de cooperação técnica aos Estados Membros. Ele recordou que, nos últimos 60 anos, a OPAS havia criado ou administrado 13 centros pan-americanos, seis do quais ou haviam sido fechados ou se tornado entidades autônomas ou semiautônomas sob a responsabilidade de um governo ou grupo de governos. O exemplo mais recente era o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), sendo que a responsabilidade da administração havia sido passada ao Conselho Diretor do Instituto em 2009.[8]

225. No debate que se seguiu, o Delegado do Peru reafirmou o apoio constante do seu país à Equipe Técnica Regional em Água e Saneamento (ETRAS), anteriormente Centro Pan-Americano para Engenharia Sanitária (CEPIS), localizada no Peru. Sob o novo acordo assinado por seu Governo e a OPAS em setembro de 2010, a ETRAS prosseguiria com o trabalho do CEPIS, mas seria um mecanismo mais ágil e sustentável para a provisão da cooperação técnica na área de saneamento ambiental. Observando que o 51º Conselho Diretor elegeria dois membros para integrar o Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), ele disse que o seu governo, através do seu Ministério da Saúde, teria o prazer de fazer parte desta entidade e considerava que poderia fazer uma contribuição útil ao trabalho da BIREME, visto que o Ministério estava atualmente servindo como coordenador da rede de Institutos Nacionais de Saúde da UNASUL e havia desempenhado um papel importante ao coordenar o trabalho destas instituições com respeito à pesquisa em saúde e informação em ciências da saúde.

226. O Presidente, falando como representante da sub-região do Caribe, disse que os países do Caribe continuaram dependendo em grande parte do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e do Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) para apoio laboratorial, entre outros, e reiterou à OPAS que continuasse exercendo um papel de gerenciamento e supervisão nestas duas instituições.

---

[8] Consultar Documento CD49/18 e Resolução CD49.R16.

227. O Dr. Samayoa observou que, como a Diretora havia assinalado na discussão do programa e o orçamento proposto para 2012–2013 (ver parágrafo 52 anteriormente), as análises periódicas dos Centros Pan-Americanos eram um meio de controlar custos, assim como de assegurar a qualidade dos serviços fornecidos pelos centros.

228. A Diretora disse que a Repartição estava trabalhando estreitamente tanto com o CAREC como com o CFNI e a Comunidade do Caribe (CARICOM) para apoiar o desenvolvimento do Organismo do Caribe de Saúde Pública (CARPHA) e tinha o compromisso de assegurar que os serviços atualmente prestados pelos dois Centros Pan-Americanos prosseguiriam sem interrupção.

229. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros (Documento CE148/INF/6-A, B, e C)

Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (Documento CE148/INF/6-/A)

230. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a avaliação do Subcomitê deste item (ver parágrafos 38 a 47 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR).

231. A Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros), ao apresentar o relatório final de progresso sobre as IPSAS, recapitulou a história da execução pela OPAS das normas, que havia sido concluída com êxito no dia 1º de janeiro de 2010. Ela observou que duas fases particularmente difíceis haviam sido a criação de improvisações para permitir ao sistema de informação financeiro da Organização funcionar com as novas normas e a determinação do valor do ativo de toda a Organização na data de execução.

232. O Comitê Executivo felicitou a OPAS pela execução das IPSAS com êxito e em tempo oportuno, reconhecendo o quanto era importante a transição para novas normas para OPAS e todo o sistema das Nações Unidas, e recebendo com satisfação a disponibilidade de informação financeira que não havia sido possível obter no passado. Chamou-se atenção para o alto nível de obrigações não financiadas para os direitos do pessoal, e se solicitou que a Repartição informasse o Comitê periodicamente do progresso no financiamento desta responsabilidade. Sugeriu-se que deveria ser pedida a opinião do Escritório dos Serviços de Supervisão Interna e Avaliação sobre quais das opções de financiamento propostas no parágrafo 16 do relatório seriam as mais apropriadas e teriam o menor impacto nas atividades de cooperação técnica da Organização. Pediu-se esclarecimento sobre como os novos cronogramas para declarar receita e gastos haviam repercutido na preparação dos relatórios financeiros.

233. A Sra. Frahler disse que, embora a execução das IPSAS estivesse completa, seria preciso mais trabalho à medida que novas normas fossem emitidas. Ela aceitou a sugestão de consulta do Escritório dos Serviços de Supervisão Interna e Avaliação sobre o assunto de obrigações não financiadas. Quanto à preparação dos relatórios financeiros, uma das mudanças mais difíceis em relação ao método anterior de contabilidade havia sido fazer a distinção entre "transações com câmbio", como a arrecadação de fundos para atividades de compras, na qual havia uma correlação direta entre o montante de dinheiro que a Organização recebia e a quantidade de provisões a serem compradas com este dinheiro, e "transações sem câmbio", como o recebimento de cotas de contribuição, na qual não havia esta correlação numérica.

234. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Atualização sobre a Nomeação do Auditor Externo da OPAS para os Biênios 2012–2013 e 2014–2015 (Documento CE148/INF/6-B)

235. A Sra. Linda Kintzios (Tesoureira e Assessora Sênior, Sistemas e Serviços Financeiros, RSPA) informou que, além das três indicações para o cargo de Auditor Externo mencionado no relatório sobre este item, havia sido recebida uma indicação da PricewaterhouseCoopers do Governo de Jamaica, mas como havia chegado após a data-limite, não se qualificava para ser considerada. Toda a documentação disponível havia sido encaminhada ao Comitê de Auditoria e, junto com as observações deste Comitê, seria apresentada ao 51º Conselho Diretor. Durante a sessão do Conselho em setembro, representantes das entidades indicadas seriam convidados a fazer uma breve apresentação das suas propostas. O Auditor Externo seria escolhido por maioria simples, determinada por voto secreto.

236. A Diretora sugeriu que os Estados Membros que haviam participado estreitamente da indicação e escolha recente do Auditor Externo para OMS poderiam fazer observações ou dar sugestões para melhorar o processo.

237. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Plano Mestre de Investimento de Capital (Documento CE148/INF/6-C)

238. A Sra. Ana María Sánchez (Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a análise do Subcomitê deste item (ver parágrafos 48 a 56 do relatório final do Subcomitê, Documento SPBA5/FR).

239. O Sr. Edward Harkness (Gerente, Operações de Serviços Gerais, RSPA) apresentou um resumo do trabalho que havia sido realizado sob o Plano Diretor de Investimentos de Capital. Ele também fez uma apresentação de slides mostrando algumas das reformas e projetos de reconstrução realizados, em particular no Haiti e Chile depois dos respectivos terremotos. Ele observou que, em alguns países, em vez de consertar um edifício muito

danificado ou reformar um antigo, a Repartição havia optado por realocar a representação no país em outra instalação, em vários casos para um local de propriedade do governo anfitrião, sem custo de aluguel, resultando em considerável economia à Organização.

240. Ele acrescentou que se previa que o contrato de construção do Centro de Operações de Emergência fosse assinado em breve e que havia começado o trabalho para recuperação dos elevadores do Edifício da Sede. No caso da reforma da Representação da OPAS/OMS no Haiti, a Repartição buscaria ajuda financeira da OMS, como havia sido proposto pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

241. O Comitê Executivo recebeu com satisfação as revisões feitas no relatório em resposta às observações do Subcomitê. Assinalou-se que haveria gastos substanciais no biênio atual e que o Subfundo de Tecnologia da Informação ficaria, portanto, quase totalmente esgotado, o que representaria um desafio no futuro. Pediu-se esclarecimento para o fato de o Anexo A do Documento SPBA5/6 haver relacionado gastos em 2010 da Conta Especial para projetos imobiliários de aproximadamente US$ 3 milhões, enquanto que Anexo C-2 do Documento CE148/INF/6 mostrava um valor de menos de US$ 600 mil.

242. O Sr. Harkness explicou que grande parte desta discrepância era devido ao fato da assinatura de certos contratos haver passado de 2010 a 2011.

243. A Diretora disse que era importante observar que não haviam sido usados recursos adicionais do orçamento ordinário para lidar com os danos causados às instalações da OPAS por desastres naturais como os terremotos no Chile e Haiti. O conserto e o trabalho de reconstrução necessários haviam sido cobertos pelo Fundo Mestre de Investimentos de Capital. Também havia sido recebido apoio significativo dos governos anfitriões.

244. A Repartição estava fazendo todo o possível para preservar a infraestrutura e planejar de modo eficaz gastos de capital futuros, priorizando os que eram necessários de modo mais urgente. Com esta finalidade, por exemplo, um plano de investimentos mestre de 10 anos estava sendo preparado para cada uma das entidades da Organização, que incluiria um sólido componente de manutenção preventiva que visava prolongar a vida útil dos edifícios e equipamentos. Era preciso reconhecer, porém, que não havia nenhuma disposição para se repor o Fundo Mestre de Investimentos de Capital, além do proveniente de excedentes que poderiam ocorrer no final de um biênio. Poderia haver ajuda do Plano Mestre de Capital da OMS, mas continuava sendo uma preocupação constante não haver fonte garantida de financiamento para repor e manter o Fundo. Na sua opinião, era hora de começar a avaliar maneiras de assegurar infusão regular de capital no Fundo.

245. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS: Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde (Documento CE148/INF/7)

246. O Dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) informou sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde que a 129ª Sessão do Conselho Executivo da OMS considerou de particular interesse aos Órgãos Diretivos de OPAS, chamando atenção em especial às resoluções sobre o fortalecimento de enfermagem e enfermagem obstétrica (WHA64.7), prevenção e controle da cólera (WHA64.15), Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde (WHA64.12) e preparativos da reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis (WHA64.11).

247. A 129ª Sessão do Conselho Executivo da OMS havia instituído um mecanismo consultivo sobre a reforma da OMS e havia solicitado à diretora-geral que preparasse ao final de julho de 2011 três documentos conceituais sobre os seguintes tópicos: a governança da OMS, uma avaliação independente da OMS, e o Fórum Mundial de Saúde, como esboçado na Resolução WHA64.2.[9] Havia sido pedido aos comitês regionais que discutissem estes documentos e o processo de reforma da OMS de modo geral antes da sessão especial do Conselho Executivo a ser realizada em novembro de 2011. Deste modo, o assunto da reforma da OMS seria debatido pelo Conselho Diretor da OPAS em setembro.

248. O Comitê tomou nota do relatório.

Outros Assuntos

249. Foi exibido um vídeo mostrando vários exemplos de luminescência cossísmica, ou luzes do terremoto, durante um terremoto de 2007 próximo à cidade de Pisco, Peru. O Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, ministro da Saúde do Peru, explicou que luzes semelhantes haviam sido observadas antes e durante outros terremotos, e os cientistas depositavam, portanto, esperança de que pesquisa sobre o fenômeno produziria um método para prever terremotos.

250. Um vídeo sobre a Semana de Vacinação nas Américas de 2011[10] foi também exibido.

Encerramento da Sessão

251. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 148ª Sessão do Comitê Executivo.

---

[9] Consultar Decisão EB129(8).

[10] Disponível em http://www.youtube.com/watch?v=ccPVGYULYWQ&feature=channel_video_title.

Resoluções e Decisões

252. A seguir as resoluções e decisões adotadas pelo Comitê Executivo na sua 148ª sessão:

Resoluções

CE148.R1: Arrecadação de Cotas de Contribuição

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas de contribuição (Documentos CE148/18 e Add. I), incluindo um relatório sobre a situação do fundo de reserva denominado *Contribuições voluntárias para os programas prioritários: vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Tornar a gravidez mais segura; HIV/aids; e Direção*;

Observando que há dois Estados Membros com atraso no pagamento das suas cotas de forma que eles podem estar sujeitos à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que houve uma redução significativa nos pagamentos atrasados das contribuições de tal maneira que não há cotas pendentes anteriores ao biênio de 2008–2009 e

Observando que há 20 Estados Membros que não efetuaram os pagamentos das suas cotas de 2011,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação das cotas, inclusive um relatório sobre a situação das incluindo um relatório sobre a situação do fundo de reserva denominado *Contribuições voluntárias para os programas prioritários: vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas; Saúde mental e abuso de substâncias; Tabaco; Tornar a gravidez mais segura; HIV/aids; e Direção* (Documentos CE148/18 e Add. I).

2. Elogiar os Estados Membros pelo seu compromisso no cumprimento com as suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer consideráveis esforços para efetuar o pagamento em atraso das suas contribuições.

3. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos para 2011 e instar os outros Estados Membros a quitarem o pagamento pendente das suas contribuições o quanto antes.

4. Solicitar que a Diretora continue informando os Estados Membros sobre qualquer saldo devido e o 51º Conselho Diretor sobre a situação da arrecadação das cotas.

(Primeira reunião, 20 de junho de 2011)

CE148.R2: Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática* (Documento CE148/9),

RESOLVE:

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

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE MUDANÇA CLIMÁTICA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática* (Documento CD51/6);

Reconhecendo que a mudança climática é uma das maiores ameaças à saúde, que afetará a consecução e sustentação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Reconhecendo que a mudança climática representa uma ameaça à saúde pública na Região das Américas e que seu impacto será sentido com mais força pelas populações vulneráveis nas áreas baixas e costeiras, pequenas ilhas, regiões montanhosas e regiões com escassez de água, bem como pelos pobres nas áreas rurais e urbanas;

Observando que a Convenção das Nações Unidas sobre Mudança do Clima (UNFCCC) reconhece e documenta os impactos adversos da mudança climática sobre a saúde;

Lembrando a "Mesa-Redonda sobre mudança climática e seu impacto na saúde pública: uma perspectiva regional" (Documento CD48/16) de 2008, seu relatório final (Documento CD48/16, Add. II) e o projeto de Plano de Ação Regional para proteger a saúde dos efeitos da mudança climática na Região das Américas;

Lembrando a resolução WHA61.19 (2008) sobre mudança climática e saúde e o plano de trabalho da OMS sobre mudança climática e saúde submetido à 62ª Assembleia Mundial da Saúde em 2009 (Documento A62/11);

Reconhecendo que o setor da saúde nas Américas precisa urgentemente proteger a saúde das consequências da mudança climática,

RESOLVE:

1. Endossar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação sobre Mudança Climática e Saúde.

2. Instar os Estados-Membros a que:

(a) fortaleçam sua capacidade de medir os impactos da mudança climática sobre a saúde no âmbito nacional e local, focando nas desigualdades socioeconômicas, étnicas e de gênero;

(b) fortaleçam a capacidade dos sistemas de saúde para monitoramento e análise das informações sobre clima e saúde para implementar medidas de prevenção oportunas e eficazes;

(c) fortaleçam a capacidade e conscientização entre os líderes de saúde pública para fornecer orientação técnica na formulação e implementação de estratégias que abordem os efeitos da mudança climática sobre a saúde;

(d) apoiem o desenvolvimento de materiais, métodos e ferramentas de treinamento que fortaleçam a capacidade no setor da saúde e em outros setores para a adoção de medidas de adaptação e mitigação para enfrentar a mudança climática;

(e) promovam o envolvimento do setor da saúde com todos os setores conexos, agências e importantes parceiros nacionais e internacionais para implementar intervenções que reduzam os riscos atuais e projetados da mudança climática;

(f) implementem gradualmente as atividades propostas no Plano de Ação, de modo a habilitar e fortalecer os sistemas de saúde nacionais e locais para que possam efetivamente proteger a saúde humana dos riscos relacionados à mudança climática.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) continue a cooperar estreitamente com os Estados-Membros no estabelecimento de redes que facilitem a coleta e disseminação de informações e a promover sistemas de pesquisa e vigilância relacionados ao clima e saúde;

(b) apoie os esforços dos países para lançar campanhas de conscientização acerca da mudança climática, reduzir a pegada de carbono do setor da saúde e preparar os profissionais da saúde para a implementação de intervenções de adaptação eficazes;

(c) trabalhe com os países na mobilização de recursos para atividades destinadas a reduzir os impactos da mudança climática sobre a saúde;

(d) trabalhe com os países, mecanismos de integração sub-regional, organismos internacionais, redes de peritos, sociedade civil e setor privado para criar parcerias que promovam ações ambientalmente sustentáveis que levem em conta o impacto sobre a saúde em todos os níveis;

(e) ajude os Estados-Membros a avaliar a vulnerabilidade de suas populações à mudança climática e desenvolver opções de adaptação baseadas nessas avaliações;

(f) ajude os Estados-Membros a implementar o Plano de Ação, elaborar planos nacionais ajustados às necessidades locais e informar sobre o progresso nessa área em reuniões de alto nível como a Cúpula da Terra de 2012.

(Primeira reunião, 20 de junho de 2010)

CE148.R3: Estratégia e Plano de Ação Sobre a Epilepsia

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia* (Documento CE148/13),

RESOLVE:

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

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE A EPILEPSIA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório do Escritório, *Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia* (Documento CD51/10);

Reconhecendo o ônus que a epilepsia representa — em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade — no mundo e na Região das Américas em especial, bem como a lacuna entre o número de pessoas doentes e as que não recebem nenhum tipo de tratamento;

Entendendo que se trata de um problema relevante de saúde pública, cuja abordagem em termos de prevenção, tratamento e reabilitação é factível mediante medidas concretas baseadas nas provas científicas;

Considerando o contexto e a fundamentação para a ação que nos oferecem a Agenda de Saúde para as Américas, o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, o Programa de Ação da OMS (mhGAP) e a Campanha Mundial contra a Epilepsia "Sair da Sombra";

Observando-se que na *Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia* são abordadas as principais áreas de trabalho e são definidas as linhas de cooperação técnica para atender às diversas necessidades dos países,

RESOLVE:

1. Respaldar o estabelecido na Estratégia e aprovar o Plano de Ação sobre a Epilepsia, bem como sua aplicação no âmbito das condições especiais de todos os países para atender de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras.

2. Instar aos Estados Membros que:

(a) incluam a epilepsia como uma prioridade nas políticas nacionais de saúde, por meio da execução de programas nacionais específicos de acordo com as condições de cada país, a fim de manter os êxitos alcançados e avançar rumo à consecução de novas metas, sobretudo no tocante à redução das lacunas existentes em termos de tratamento;

(b) fortaleçam a legislação conforme necessário, visando proteger os direitos humanos das pessoas com epilepsia e conseguir a aplicação eficaz das leis;

(c) fortaleçam o acesso universal e equitativo ao tratamento médico de todas as pessoas com epilepsia, mediante o fortalecimento dos serviços de saúde no âmbito dos sistemas baseados na atenção primária à saúde e das redes integradas de serviços;

(d) assegurem a disponibilidade dos quatro medicamentos antiepilépticos considerados essenciais para o tratamento das pessoas com epilepsia, especialmente no nível primário de atenção;

(e) promovam os serviços de neurologia em apoio ao trabalho de identificação e de manejo de casos no nível primário, assegurando uma adequada distribuição dos meios auxiliares de diagnóstico necessários;

(f) apoiem a participação eficaz da comunidade e das associações de usuários e de familiares em atividades destinadas a proporcionar uma melhor atenção às pessoas com epilepsia;

(g) considerem o fortalecimento dos recursos humanos como componente essencial para a melhoria dos programas nacionais de atenção à epilepsia, mediante a execução de atividades sistemáticas de capacitação, sobretudo as dirigidas ao pessoal de atenção primária à saúde;

(h) promovam iniciativas intersetoriais e de educação dirigidas à população, a fim de combater o estigma e a discriminação que sofrem as pessoas com epilepsia;

(i) reduzam o déficit de informação existente no campo da epilepsia mediante a melhoria da produção, da análise e do uso de informações, inclusive dos estudos;

(j) fortaleçam as alianças do setor da saúde com outros setores, bem como com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e os principais atores da sociedade civil.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) apoie os Estados Membros na elaboração e execução de programas nacionais de atenção à epilepsia no âmbito da suas políticas de saúde, levando em consideração esta estratégia e plano de ação, procurando corrigir as desigualdades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais, inclusive os povos indígenas;

(b) colabore na avaliação e reestruturação dos serviços de neurologia e de saúde mental dos países;

(c) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências positivas e inovadoras, e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros;

(d) fomente alianças com a Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) e o Escritório Internacional para Epilepsia (IBE), bem como organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais, e outros atores regionais em apoio à resposta ampla e multissetorial necessária no processo de execução dessa estratégia e plano de ação;

(e) avalie o cumprimento dessa estratégia e de do plano de ação, e informe o Conselho Diretor no prazo de cinco anos.

(Segunda reunião, 20 de junho de 2010)

CE148.R4: Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde* (documento CE148/17),

RESOLVE:

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

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO SOBRE *e-SAÚDE*

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Havendo examinado o documento CD51/____, *Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde*;

Reconhecendo que a revisão da situação atual indica que a aplicação da *e-Saúde* nos países das Américas conta com duas condições básicas para sua execução: dispõe de meios eficazes para formular e implantar estratégias e políticas de *e-Saúde* (viabilidade tecnológica) e há procedimentos práticos e instrumentos simples, exequíveis e sustentáveis (viabilidade programática e financeira);

Entendendo que se busca melhorar a coordenação e a prestação de serviços na esfera da saúde para aumentar sua eficiência, disponibilidade, acessibilidade e

exequibilidade, o que lhe permitirá adequar-se e prever novos contextos no âmbito sanitário;

Considerando que em 1998, no documento *Política de saúde para todos no século 21*, encomendado pela OMS, recomendava-se o uso apropriado da telemática da saúde na política e estratégia geral de saúde para todos; a resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA51.9 (1998) sobre publicidade, promoção e venda transfronteiriça de produtos médicos através da Internet; a Agenda de Conectividade para as Américas e o Plano de Ação de Quito (2003); as Cúpulas Mundiais das Nações Unidas sobre a Sociedade da Informação (Genebra, 2003 e Túnis, 2005); a resolução do Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde, EB115.R20 (2004) sobre a necessidade de formular estratégias de cibersaúde; a resolução WHA58.28 adotada na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, que estabelece os eixos da estratégia de cibersaúde da OMS; a Estratégia e-LAC 2007-2010 da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL);

Considerando a ampla experiência da Região das Américas nos programas de saúde pública veterinária;

Observando que a OPAS tem colaborado com os países da Região para estabelecer bases conceptuais, técnicas e infraestrutura para a elaboração de programas e políticas nacionais em *e-Saúde*;

Reconhecendo o caráter transversal e complementar entre esta estratégia e os objetivos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS (*Documento oficial 328*);

Considerando a importância de contar com uma estratégia e um plano de ação que permitam aos Estados Membros, de forma eficaz e eficiente, melhorar a saúde pública na Região através do uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicações,

RESOLVE:

1. Respaldar a Estratégia, aprovar o Plano de Ação sobre *e-Saúde* e apoiar sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, assim como nas propostas e discussão dos orçamentos nacionais, permitindo criar as condições propícias para enfrentar o desafio de melhorar a saúde pública na Região através do uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicações, em seus respectivos países.

2. Instar os Estados Membros a que:

(a) atribuam prioridade ao uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicação para melhorar a saúde pública humana e veterinária na Região, inclusive a administração sanitária;

(b) elaborem e executem políticas, planos, programas e intervenções interministeriais, guiados pela Estratégia e Plano de Ação, disponibilizando os recursos e o quadro jurídico necessários, concentrando-se nas necessidades das populações em risco e em situação de vulnerabilidade;

(c) executem a Estratégia e Plano de Ação, conforme o caso, dentro de um quadro integrado pelo sistema de saúde e os serviços de tecnologias da informação e da comunicação, enfatizando a colaboração interprogramática e a ação intersetorial, ao mesmo tempo em que vigiam e avaliam a eficácia do programa e a alocação de recursos;

(d) fomentem o aumento da capacidade dos responsáveis pelas políticas, dirigentes de programas e provedores de atenção sanitária e serviços de tecnologias da informação e da comunicação, para elaborar políticas e programas que facilitem o estabelecimento de serviços de saúde eficazes e de qualidade, concentrados nas pessoas;

(e) promovam um diálogo interno e a coordenação entre ministérios e outras instituições do setor público, assim como alianças entre os setores público, privado e a sociedade civil, para obter consensos nacionais e garantir o intercâmbio de conhecimentos sobre modelos rentáveis, assegurando a disponibilidade de normas em matéria de qualidade, segurança, interoperacionalidade e ética, e respeitando os princípios de confidencialidade da informação, equidade e igualdade;

(f) apoiem a capacidade de gerar informação e pesquisa para a elaboração de estratégias e execução de modelos baseados nas provas científicas pertinentes;

(g) estabeleçam um sistema integrado de acompanhamento, avaliação e prestação de contas de políticas, planos, programas e intervenções, que permita aumentar a capacidade de vigilância e resposta rápida às doenças e emergências de saúde pública humana e veterinária;

(h) iniciem processos internos de revisão e análise sobre a pertinência e viabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.

3. Solicitar à Diretora:

(a) que respalde a coordenação e execução da Estratégia e Plano de Ação sobre *e-Saúde* nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interinstitucional, e preste a cooperação técnica necessária aos países e entre eles, para a preparação e execução dos planos nacionais de ação;

(b) que colabore com os Estados Membros na execução e coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo seu caráter transversal através das áreas programáticas e os diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização;

(c) que facilite a preparação de estudos, relatórios e soluções que sirvam como modelo em matéria de *e-Saúde* para que, com as modificações apropriadas, possam ser utilizados para os Estados Membros;

(d) que promova a formação de alianças nacionais, municipais e locais com outros organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, o setor privado e outros, para permitir o intercâmbio de capacidades e recursos e melhorar a compatibilidade entre distintas soluções administrativas, tecnológicas e jurídicas no âmbito da *e-Saúde*;

(e) que promova a coordenação entre a Estratégia e Plano de Ação e iniciativas similares de outros organismos internacionais de cooperação técnica e financiamento;

(f) que informe periodicamente aos Órgãos Diretores sobre os progressos e as limitações na execução da presente Estratégia e Plano de Ação, assim como sua adequação a contextos e necessidades específicos.

(Segunda reunião, 20 de junho de 2010)

CE148.R5: Estratégia e Plano de Ação para a Malária

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Malária* (Documento CE148/15),

RESOLVE:

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

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A MALÁRIA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Malária* (Documento CD51/11);

Considerando a Resolução CD46.R13 (2005) do 46º Conselho Diretor sobre a Malária e Metas de Desenvolvimento Internacionalmente Acordadas, inclusive aquelas contidas na Declaração do Milênio;

Observando a existência de outros mandatos e resoluções relevantes da Organização Pan-Americana da Saúde, como o Documento CD49/9 (2009), *Eliminação de Doenças Negligenciadas e outras Infecções Relacionadas com a Pobreza*, que incluiu a malária entre as doenças que podem ser eliminadas em alguns áreas, e o Documento CD48/13 (2008), *Controle de Vetores Integrado: Uma Resposta Integral às Doenças Transmitidas por Vetores*, que promove o controle integrado de vetores como parte integrante do controle de doenças transmitida por vetores na Região;

Levando em consideração que a diminuição contínua nos casos de malária e mortes ratifica o progresso da Região no combate da malária mas também desencadeia uma série exclusiva de desafios importantes e em evolução para a Região;

Reconhecendo que a diversidade do contexto da malária e os desafios enfrentados pelos países da Região exigem a participação em um programa abrangente com diversas combinações de componentes, junto com intervenções inovadoras baseadas em evidências;

Apreciando os esforços dos Estados Membros nos últimos anos para resolver seus respectivos desafios com a malária, mas consciente da necessidade de novas medidas,

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para Malária.

2. Instar os Estados Membros a:

(a) examinar os planos nacionais ou estabelecer novos para a prevenção, controle e eliminação em potencial da malária, empregando um enfoque integrado que aborda

os determinantes sociais da saúde e favoreça a colaboração interprogramática e ação intersetorial;

(b) apoiar os esforços para consolidar e implementar atividades que reduzam ainda mais a endemicidade e propiciem o progresso para alcançar as metas indicadas na Estratégia e Plano da Ação para a Malária, inclusive a eliminação da malária onde este é considerado factível;

(c) fortalecer a participação nos esforços para enfrentar a malária, inclusive a coordenação com outros países e relevantes iniciativas sub-regionais na vigilância epidemiológica da malária, vigilância da resistência aos medicamentos antimaláricos e inseticidas, e monitoramento e avaliação;

(d) reforçar o compromisso dos países com malária endêmica bem como dos não endêmicos, e dos diversos setores no combate à doença, particularmente em termos de manter ou aumentar investimentos e a provisão de recursos necessários;

(e) estabelecer estratégias integradas para a prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e controle de vetores com ampla participação comunitária, para que o processo ajude fortaleça os sistemas nacionais de saúde, inclusive a atenção primária à saúde, vigilância, e sistemas alertas e de resposta, com atenção a fatores relacionados com gênero e grupo étnico;

(f) fortalecer a ênfase nas populações e grupos ocupacionais altamente suscetíveis;

(g) apoiar a participação no desenvolvimento e implantação de uma agenda de pesquisa que aborda conhecimentos importantes e lacunas tecnológicas em diversos contextos do trabalho de combate à malária na Região; por exemplo, a relação entre a malária e a agricultura.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) apoie a execução da Estratégia e Plano de Ação para Malária e preste cooperação técnica que os países possam necessitar para desenvolver e executar os planos de ação nacionais;

(b) continue a promover a mobilização ativa de recursos, incentivando a estreita colaboração para criar parcerias que apoiem a implantação desta resolução;

(c) promova e fortaleça a cooperação técnica entre os países, as entidades e as instituições sub-regionais, e forme parcerias estratégicas para executar as atividades

projetadas para superar os obstáculos no combate à malária em zonas de fronteira e populações de difícil acesso;

(d) incentive a cooperação entre países para a produção de, e acesso aos medicamentos contra malária compatíveis com as normas de garantia de qualidade internacionalmente reconhecidas, e que sejam consistentes com recomendações da OPAS/OMS.

(Quarta reunião, 21 de junho de 2010)

CE148.R6: Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE148/6);

Ciente 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. Renovar as relações oficiais entre a OPAS e a Fundação Interamericana do Coração por um período de quatro anos.

2. Admitir o Instituto de Vacinas Albert B. Sabin para manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos.

3. Tomar nota do Relatório de Progresso sobre a situação das relações entre a OPAS e organizações não governamentais que mantêm relações oficiais.

4. Solicitar à Diretora a:

(a) informar as respectivas organizações não governamentais das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;

(b) continuar a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as ONGs interamericanas de interesse da Organização nas áreas que estão dentro das prioridades programáticas que os Órgãos Diretivos adotaram para a OPAS;

(c) continuar a incentivar relações entre os Estados Membros e ONGs que atuam no campo da saúde.

(Quarta reunião, 21 de junho de 2011)

CE148.R7: Emenda dos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Levando em consideração a Resolução CE138.R12 (2006) que estabelece o Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, que tem entre as suas funções a responsabilidade do processo da admissão e avaliação das organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS, realizado anualmente;

Ciente da Resolução CESS.R1 *Revisão dos Princípios que Regem as Relações Entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não Governamentais*, aprovada pela Sessão Especial do Comitê Executivo em 2007;

Levando em consideração que o Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração se reúne em março e, em vista do tempo necessário para examinar as organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS e analisar as solicitações das organizações que se candidatam a serem admitidas em relações oficiais com a OPAS,

RESOLVE:

Aprovar a seguinte emenda à seção 4.3 dos *Princípios* para estabelecer 31 de dezembro como a data-limite para apresentação da documentação relevante das organizações não governamentais.

A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE E ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS[11]

Modificação sugerida na seção 4.3:

TEXTO ANTIGO	NOVO TEXTO
4.3 ***Procedimento para admissão das ONGs interamericanas ou nacionais em***	**4.3** ***Procedimento para admissão das ONGs interamericanas ou nacionais em***

[11] Princípios adotados na Resolução CESS.R1 (2007).

TEXTO ANTIGO	NOVO TEXTO
relações de trabalho oficiais com a OPAS	***relações de trabalho oficiais com a OPAS***
As candidaturas das ONGs, feitas voluntariamente ou por convite, devem chegar à sede da OPAS até, no máximo, fim de janeiro para serem consideradas pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março e aprovadas pelo Comitê Executivo em junho do mesmo ano.	As candidaturas das ONGs, feitas voluntariamente ou por convite, devem chegar à sede da OPAS até, no máximo, ~~fim de janeiro de~~ **31 de dezembro** para serem consideradas pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março e aprovadas pelo Comitê Executivo em junho do ano ~~mesmo~~ **seguinte**.

(Quarta reunião, 21 de junho de 2011)

CE148.R8: Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o *Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool* (Documento CE148/11),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA REDUZIR O USO PREJUDICIAL DO ÁLCOOL

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool* (Documento CD51/8);

Reconhecendo o ônus da morbidade, mortalidade e incapacidade associadas ao uso prejudicial do álcool no mundo e na Região das Américas, assim como a disparidade existente no tratamento e atenção às pessoas afetadas pelo consumo prejudicial do álcool;

Considerando o contexto e o modelo para ação oferecido pela Agenda de Saúde para as Américas, Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 e Resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA63.13 (2010) de uma estratégia global para reduzir o uso prejudicial do álcool, que reflete a importância da questão do uso prejudicial do álcool e estabelece objetivos para procurar resolvê-lo;

Observando que a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool* estabelece as principais áreas de trabalho a serem abordadas e identifica as áreas para cooperação técnica a fim de atender às diversas necessidades dos Estados Membros com respeito ao consumo prejudicial do álcool;

Considerando as recomendações do encontro da OMS dos pares nacionais para a implementação da estratégia global para redução do consumo prejudicial do álcool e da reunião de consulta sobre o projeto do plano de ação regional;

Reconhecendo a necessidade de coordenação e liderança regionais para apoiar os esforços nacionais para reduzir o uso prejudicial do álcool,

RESOLVE:

1. Executar a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool* através do plano de ação regional proposto no contexto das condições próprias de cada país, a fim de responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso prejudicial do álcool e por menores de idade.

2. Instar os Estados Membros a:

(a) identificar o consumo prejudicial do álcool e por menores de idade como prioridade de saúde pública e elaborar planos e/ou introduzir medidas para reduzir seu impacto de saúde pública;

(b) reconhecer que o consumo prejudicial do álcool ocorre igualmente entre indivíduos não dependentes e nos dependentes, e que a redução dos problemas relacionados com álcool requer uma mescla de políticas com alcance populacional e intervenções direcionadas, assim como o acesso a serviços de saúde de qualidade;

(c) promover políticas públicas que protejam e preservem os interesses de saúde pública;

(d) promover políticas e intervenções que tenham base científica, sejam equitativas e respaldadas por mecanismos de implementação sustentáveis envolvendo diferentes interessados diretos;

(e) promover programas que eduquem crianças, jovens e os que optam por não consumir álcool sobre como resistir à pressão social da bebida, protegê-los desta pressão e apoiar sua opção de não beber;

(f) assegurar que a prevenção eficaz, tratamento e serviços de atenção estejam disponíveis e sejam acessíveis e de valor razoável aos afetados pelo uso prejudicial do álcool;

(g) alocar recursos financeiros, técnicos e humanos para a implementação das atividades nacionais descritas no plano de ação.

3. Solicitar à Diretora para:

(a) monitorar e avaliar a implementação do plano de ação regional no ano cinco e no final do período de implementação;

(b) apoiar os Estados Membros na implementação de planos e/ou intervenções nacionais e subnacionais para reduzir o uso prejudicial do álcool, dentro da estrutura de suas políticas sociais e de saúde pública, levando em consideração a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool*;

(c) colaborar na avaliação de políticas do álcool e serviços nos países, com vistas a assegurar que medidas corretivas apropriadas com base científica sejam adotadas;

(d) facilitar a difusão de informações e de experiências inovadoras positivas e promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;

(e) promover parcerias com organizações internacionais e a OMS, organizações governamentais e não governamentais e sociedade civil, levando em consideração conflitos de interesses que s organizações não governamentais possam ter;

(f) estabelecer um diálogo com o setor privado sobre como pode contribuir da melhor maneira para a redução do prejuízo relacionado com álcool; e será dada a devida consideração aos interesses comerciais envolvidos e conflitos em potencial com os objetivos de saúde pública.

(Quinta reunião, 22 de junho de 2010)

CE148.R9: Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o *Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública* (Documento CE148/12, Rev. 1),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO SOBRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SAÚDE PÚBLICA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública* (Documento CD51/9);

Reconhecendo o ônus da morbidade, da mortalidade e da incapacidade associadas com os transtornos decorrentes do uso de substâncias no mundo e, especificamente, na região das Américas, assim como a lacuna existente em tratamento e na assistência às pessoas afetadas por tais transtornos;

Compreendendo que os enfoques relacionados com prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio são medidas necessárias para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias psicoativas;

Reconhecendo que esses enfoques requerem melhora do acesso aos serviços de saúde, da promoção da saúde e do bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades, enquanto que protegendo e promovendo o direito de todos ao desfrute máximo de saúde física e mental;

Considerando o contexto e a estrutura para ação oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, pelo Plano Estratégico da OPAS 2008−2012, pela Estratégia Continental de Drogas e pelo Plano de Ação Continental da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (OEA/CICAD), pela *Estratégia e o Plano de Ação em Saúde Mental* regional (Documento CD49/11

[2009]), e pelo *Programa de Ação para Lacuna de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS): Expandindo a assistência para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de substâncias (mhGAP)*, refletindo a importância da questão do uso de substâncias e determinando objetivos estratégicos para abordá-lo;

Observando que a *Estratégia para o Uso de Substâncias e Saúde Pública*, adotada em 2010, formula as principais áreas de trabalho a serem abordadas e identifica as áreas para cooperação técnica, a fim de abordar as necessidades variáveis dos Estados Membros com respeito ao uso de substâncias,

RESOLVE:

3. Respaldar o *Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública* e apoiar sua implementação no contexto das condições próprias de cada país, a fim de responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso de substâncias.

4. Instar os Estados Membros a que:

(a) identifiquem o uso de substâncias psicoativas como uma prioridade de saúde pública e implementem planos nacionais e estaduais para lidar com os problemas do uso de substâncias psicoativas em conformidade com o seu impacto na saúde pública, principalmente com respeito a reduzir as lacunas existentes de tratamento;

(b) contribuam na participação e na execução do Plano de Ação.

3. Solicitar ao Diretor que:

a) monitore e avalie a execução do Plano de Ação regional em cinco anos e no final do período de execução;

b) apoie os Estados Membros, ademais, na preparação e implementação de planos nacionais e estaduais para o uso de substâncias psicoativas dentro da estrutura de suas condições específicas e políticas de saúde pública que levam em consideração as provisões da *Estratégia para o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública*;

c) promova as parcerias com organizações governamentais e não governamentais, assim como com organizações internacionais e outros interessados diretos regionais no apoio à resposta multissetorial requerida para implementar este Plano de Ação.

(Quinta reunião, 22 de junho de 2010)

CE148.R10: Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana* (Documento CE148/8),

RESOLVE:

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

PROJETO DE RESOLUÇÃO

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE URBANA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana* (Documento CD51/5);

Reconhecendo que há numerosos mandatos do Órgão Diretivo, remontando a 1992, que salientam a necessidade de abordar questões de saúde urbana e as iniquidades em saúde causadas pela urbanização na Região, além da oportunidade oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 e pelo Plano Estratégico da OPAS 2008–2012;

Reconhecendo que a megatendência de urbanização se acelerou rapidamente na Região e que os países não conseguiram reagir e ajustar os seus programas à ampla diversidade de desafios culturais, comunitários, familiares, migratórios e socioeconômicos gerados por esse processo de urbanização;

Tendo estudado a oportunidade brindada de abordar muitos dos problemas de saúde pública mais desafiadores que ora confrontam nossos países nas áreas das enfermidades não transmissíveis, lesões, doenças transmitidas por vetores e outras doenças transmissíveis, e o desafio de suprir as diversas necessidades da população dos meios urbanos;

Tendo em conta que a falta de consideração adequada e sistemática de critérios de saúde pública no crescimento, em grande parte não planejado, das cidades da Região resultou no aumento da morbidade e mortalidade e na ampliação do déficit de equidade nas cidades;

Compreendendo que, para obter êxito na promoção da saúde pública na Região, os ministérios da saúde terão que incluir informações nos seus sistemas de vigilância sanitária que diferenciem o gradiente de desigualdades na saúde e suas causas e implicações para as políticas, programas, e serviços de saúde nacionais e municipais;

Reconhecendo que alcançar a saúde urbana é um esforço multissetorial que envolve uma ação concertada para promover a atividade física; criar opções de transporte público seguras e eficazes; prevenir e reduzir lesões; e suprir as necessidades particulares de acesso e bem-estar dos grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais; e, ademais, reconhecendo que os países que adotam esse enfoque holístico são apenas estão melhorando a saúde de seus cidadãos, como também obtendo ganhos importantes em termos ambientais e de sustentabilidade;

Tendo em mente que a execução desta Estratégia e Plano de Ação significa reunir uma combinação única da gestão do sistema de saúde com os demais atores sociais nos meios urbanos para defender e ajustar toda a sorte de serviços de saúde urbanos que possam atender às necessidades especiais do gradiente social e a heterogeneidade das populações urbanas;

Tendo solicitado à época do 50º Conselho Diretor que a Repartição Sanitária Pan-Americana formulasse uma estratégia e plano de ação preliminares a serem apresentados ao 51º Conselho Diretor,

RESOLVE:

1. Respaldar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para Saúde Urbana, além de apoiar sua implementação no contexto das condições específicas de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades e tendências atuais e futuras em matéria de saúde urbana na Região.

2. Instar os Estados Membros a:

(a) adotar as diretrizes, as ferramentas e os métodos desenvolvidos pela RSPA e Centros de Excelência para apoiar seu papel de gestão intersetorial e a reorientação dos serviços de saúde;

(b) apoiar políticas e programas nacionais, infranacionais e locais de promoção da saúde, passando pelo fortalecimento da participação social, com quadros normativos e mecanismos de financiamento apropriados;

(c) ajustar os sistemas de vigilância de modo a incluir determinantes e indicadores relacionados com a saúde urbana, populações indígenas, gênero e condições de migração, bem como a documentação dos processos e experiências relativos à saúde urbana;

(d) estender o compromisso da autoridades municipais e metropolitanas com o planejamento e desenvolvimento urbano saudável, levando em consideração a saúde urbana e a equidade na saúde nas políticas e planos de saúde nacionais e infranacionais;

(e) colaborar com as autoridades municipais e metropolitanas na formulação de políticas e sistemas de transporte que priorizem a segurança de pedestres, ciclistas e usuários do transporte público; assim como nas regulamentações urbanísticas e infraestrutura urbana que preveja o acesso equitativo e seguro à atividade física recreativa ao longo de toda a vida;

(f) ajudar as autoridades municipais e metropolitanas no uso de ferramentas de avaliação e ação para abordar o planejamento e os programas urbanos saudáveis e equitativos de forma mais eficaz;

(g) sensibilizar os principais interessados diretos e elaborar planos e programas de marketing social;

(h) prestar contas a cada dois anos sobre o progresso obtido, com dados para uma avaliação intermediária em cinco anos uma avaliação final em dez anos.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) produza e divulgue critérios de saúde pública, diretrizes, políticas modelo, e quadros normativos para planejamento da saúde urbano, serviços de saúde urbana e métodos para obter a ação multissetorial, inclusive avaliações de impacto sanitário, avaliações de impacto de equidade na saúde e coleta e análise de dados transetoriais;

(b) colete e divulgue novas informações sobre experiências, lições extraídas e boas práticas obtidas por meio de fóruns regionais, pesquisa, observatórios, documentação e o intercâmbio de experiências e processos promissores;

(c) desenvolva ainda mais enfoques de promoção da saúde e determinantes da saúde na cooperação técnica em matéria de saúde urbana e na implementação da Estratégia de Cooperação de Países nos Estados Membros;

(d) promova capacitação para o planejamento e execução da saúde urbana, vigilância e sistemas de informação em toda a Região;

(e) apoie o envolvimento dos ministérios da saúde com as autoridades municipais e metropolitanas e outros setores pertinentes, de acordo com as questões detalhadas no relatório final da mesa-redonda no 50º Conselho Diretor, no relatório final dos Fóruns sobre Saúde Urbana e Promoção da Saúde e na Chamada à Ação Global em Urbanização e Saúde.

(Sexta reunião, 22 de junho de 2010)

CE148.R11: Plano de Ação para Segurança Viária

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o *Plano de ação para segurança viária* (Documento CE148/10),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA SEGURANÇA VIÁRIA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para segurança viária* (Documento CD51/7);

Reconhecendo o ônus que representam os acidentes de trânsito na Região das Américas, que constituem a primeira causa de mortalidade nas pessoas de 5 a 14 anos e a segunda causa nas de 15 a 44 anos de idade, bem como a necessidade urgente de adotar medidas de saúde pública e promover políticas públicas em coordenação com outros setores para reduzir o ônus pela perda de vidas e sofrimento causados pelos acidentes de trânsito;

Recordando a Resolução WHA57.10 (2004) da Assembleia Mundial da Saúde sobre segurança viária e saúde e a Resolução A/RES/58/289 (2004) da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre melhoria da segurança viária no mundo, a celebração do Dia Mundial da Saúde de 2004, dedicado à segurança viária, e o lançamento do *Relatório mundial sobre prevenção de acidentes de trânsito,* o *Relatório sobre a situação mundial*

da segurança viária e o relatório sobre a situação da segurança viária na Região das Américas;

Lembrando também a Resolução CD48.R11 (2008) do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, *Prevenção da violência e acidentes e promoção da segurança: um chamado à ação na Região*;

Lembrando também que, em março de 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Década de Ação para Segurança Viária 2011–2020 (Resolução A/RES/64/255);

Reconhecendo as oportunidades que oferece a adoção de um enfoque de saúde pública que promova a ação multissetorial na qual o setor da saúde desempenhe um papel de coordenação para fazer frente à necessidade urgente de proteger de modo eficaz a população pobre, marginalizada e mais vulnerável, que é a mais afetada pelos acidentes de trânsito na Região,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para segurança viária*.

2. Instar os Estados Membros a adotar políticas públicas intersetoriais que contemplem, entre outras, as seguintes medidas:

(a) priorizar a segurança viária mediante a formulação de planos nacionais, subnacionais e locais para a Década de Ação para Segurança Viária;

(b) melhorar a infraestrutura das vias urbanas e das estradas;

(c) melhorar as políticas e leis para o transporte público de massa mediante a integração de segurança, igualdade e critérios de acessibilidade a fim de promover a segurança e proteger os direitos humanos de todos;

(d) reduzir a incidência dos fatores de risco (velocidade alta e consumo de álcool) nos acidentes de trânsito e aumentar a taxa de uso dos equipamentos de proteção (capacetes, cintos de segurança e sistemas de contenção de crianças nos automóveis);

(e) estabelecer limites de velocidade nas zonas urbanas que não superem os 50 km/h; promover a descentralização para permitir que os governos locais possam modificar os limites de velocidade e promover a conscientização do público sobre a necessidade de fixar limites de velocidade;

(f) adotar o limite de álcool no sangue para condutores, a um valor inferior ou igual a 0,05 g/dl;

(g) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório de capacetes, levando em consideração as normas de qualidade e segurança;

(h) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório do cinto de segurança, levando em consideração as normas de qualidade e segurança, e promover o uso do cinto de segurança;

(i) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório de sistemas de contenção de crianças nos automóveis, levando em consideração a qualidade e as normas segurança, e promover o uso destes sistemas;

(j) criar ou fortalecer um sistema de inspeção e vistoria técnica dos veículos;

(k) fortalecer a capacidade técnica e institucional da atenção a vítimas de acidentes de trânsito, em especial na fase pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação;

(l) melhorar os dados sobre acidentes de trânsito mediante a criação de serviços de vigilância, a fim de melhorar a compreensão e a tomada de consciência sobre o ônus, as causas e as consequências dos acidentes de trânsito, para que os programas e investimentos para prevenção, atenção e reabilitação das vítimas possam ser mais bem direcionados, controlados e avaliados;

(m) promover estudos que permitam gerar informação científica e técnica sobre os riscos associados com os elementos de distração, tanto dentro como fora do veículo, que podem causar acidentes de trânsito (por exemplo, o uso de aparelhos eletrônicos como telefones celulares e sistemas de navegação; comer, beber ou fumar ao dirigir e anúncios publicitários nas estradas, entre outros).

3. Solicitar à Diretora que:

(a) dê apoio aos Estados Membros em suas iniciativas de fortalecimento da segurança viária e na formulação de planos nacionais e subnacionais para a Década de Ação para Segurança Viária;

(b) facilite a identificação e o intercâmbio de boas práticas na prevenção de acidentes de trânsito;

(c) estimule e apoie a rede de centros de coordenação nacionais e fomente a colaboração com outras redes de especialistas, profissionais e organizações não governamentais;

(d) preste cooperação para a capacitação de nível técnico e de políticas para facilitar a coleta e difusão de informações, e promover sistemas de pesquisa e vigilância relacionados com a prevenção de acidentes de trânsito;

(e) preste cooperação técnica para melhorar o tratamento e a atenção pré-hospitalar das vítimas de acidentes de trânsito;

(f) promova associações e colaboração com organismos internacionais, redes de especialistas, sociedade civil, fundações, setor privado e outros atores sociais para impulsionar um enfoque intersetorial.

(Sexta reunião, 22 de junho de 2010)

CE148.R12: Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no Anexo A do Documento CE148/22, Rev. 1;

Levando em consideração as ações da Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde com respeito à remuneração de Diretores Regionais, Subdiretores Gerais e Diretor-geral;

Considerando as disposições do Artigo 020 do Regulamento de Pessoal e Artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e

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

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento de Pessoal, as emendas ao Estatuto do Pessoal que foram feitas pela Diretora, a vigorar a partir de 1º de julho de 2011, com respeito a: classificação, subsídio para educação, regras de recrutamento, atestado médico e inoculações, aumento salarial dentro do mesmo grau, promoção, licença

anual, licença médica, licença médica com coberta de seguro, extinção de posto, medidas disciplinares e recursos.

2. Revisar a remuneração das categorias profissionais e superiores a partir de 1º de janeiro de 2011.

3. Estabelecer o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2011, em US$ 185.809[12] sem os descontos referentes às contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US$ 133.776 (com dependentes) ou US$ 121.140 (sem dependentes).

4. Estabelecer o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2011, em US$ 184.271 sem os descontos referentes às contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US$ 132.776 (com dependentes) ou US$ 120.140 (sem dependentes).

5. Recomendar ao 51º Conselho Diretor para que ajuste o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana ao aprovar a seguinte resolução:

EMENDAS AO REGULAMENTO E ESTATUTO DO PESSOAL DA RSPA

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Considerando a revisão da escala salarial de base, ou piso salarial, para as categorias profissionais e superiores de pessoal, a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2011,

Levando em consideração a decisão pelo 148ª Sessão do Comitê Executivo de ajustar os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana,

RESOLVE:

1. Estabelecer o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir 1º de janeiro de 2011, em US$ 204.391 sem os descontos referentes às contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US$ 145.854 (com dependentes) ou US$ 131.261 (sem dependentes).

(Sétima reunião, 23 de junho de 2011)

[12] A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários são expressos em dólares dos Estados Unidos.

CE148.R13: Prêmio OPAS em Administração, 2011

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado *o Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração, 2011* (documento CE148/5, Add. I);

Tendo presente as disposições das pautas e procedimentos 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) e a 146ª Sessão do Comitê Executivo (2010),

***RESOLVE*:**

1. Felicitar a todos os candidatos ao Prêmio OPAS em Administração, 2011, 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, 2011, ao Dr. John Edward Greene (Guiana) por sua contribuição para o desenvolvimento do setor de saúde e dos recursos humanos na Comunidade do Caribe (CARICOM), e pela sua mobilização de compromisso político para a consecução de resultados expressivos em um amplo leque de questões de saúde pública prioritárias, inclusive a criação da Parceria Pan-Americana contra a HIV/AIDS (PANCAP), a estratégia de mudança do clima para o Caribe, a Cooperação em Iniciativa de Saúde do Caribe (CCH2 e CCH3), a Comissão Caribenha sobre Saúde e Desenvolvimento (CCHD), a Primeira Cúpula dos Chefes de Governo da CARICOM sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a criação de uma nova Agência de Saúde Pública para o Caribe (CARPHA).

1. Encaminhar o *Relatório do Júri para a Adjudicação do Prêmio OPAS em Administração, 2011* (documento CE148/5, Add. I), ao 51º Conselho Diretor.

(Sétima reunião, 23 de junho de 2011)

CE148.R14: Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Havendo examinado o relatório da RSPA, *Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave* (Documento CE148/16, Rev. 1),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA ACELERAR A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E MORBIDADE MATERNA GRAVE

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave* (Documento CD51/12);

Considerando os mandatos internacionais propostos no Plano de Ação Regional para a redução da mortalidade materna nas Américas (documento CSP23/10 [1990]); a resolução sobre população e saúde reprodutiva (CSP25.R13 [1998]); a Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna (CSP26/14 [2002), as resoluções WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) e EB113.R11 (2004) sobre saúde reprodutiva aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde e o Conselho Executivo da OMS, respectivamente; os fóruns de Nairobi (1987), Cairo (Egito) (1994) e Pequim (1995); a Declaração do Milênio (2000) e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;

Considerando a resolução R11/8 do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2009), a resolução CD50.R8 do 50º Conselho Diretor da OPAS (2010) e o documento técnico *A saúde e os direitos humanos* (CD50/12), assim como o alto grau de complementaridade entre este Plano e outros objetivos estabelecidos no *Plano Estratégico 2008-2012 da OPAS Modificado* (Documento Oficial 328 [2009]);

Considerando a Estratégia Mundial de Saúde das Mulheres e Crianças, lançada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010, e as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;

Ressaltando que a mortalidade materna é uma manifestação de iniquidade que afeta todos os países da Região, e que existem intervenções eficazes em função do custo dentro do setor que podem ter um impacto real e em curto prazo para sua diminuição;

Considerando a importância de contar com um plano de ação que permita aos Estados Membros responder de forma eficaz e eficiente,

RESOLVE:

1. Respaldar o presente *Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave* e sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita dar resposta à melhora da saúde materna.

2. Instar os Estados Membros a que:

(a) considerem a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e o apelo do Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010 a favor da execução de um Plano que contribua para a redução da mortalidade materna;

(b) adotem políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade adaptados a suas necessidades com adequação intercultural, especialmente os programas de promoção e prevenção baseados na atenção primária à saúde, atendidos por pessoal qualificado, que integrem a atenção pré-gestacional (inclusive o planejamento familiar), à gravidez, ao parto e ao puerpério, e que contemplem também a gratuidade de todos esses serviços para as populações mais vulneráveis;

(c) promovam um diálogo entre instituições do setor público e privado e a sociedade civil, a fim de priorizar a vida das mulheres como uma questão de direitos e de desenvolvimento humano;

(d) promovam o empoderamento das mulheres e a participação e corresponsabilidade do homem na saúde sexual e reprodutiva;

(e) adotem uma política de recursos humanos em termos de quantidade e qualidade que responda às necessidades das mulheres e recém-nascidos, envolvendo entidades formadoras e credenciadoras de recursos humanos;

(f) fortaleçam a capacidade de gerar informação e pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva, mortalidade materna e morbidade materna grave para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências que permitam o

acompanhamento e avaliação de seus resultados, segundo as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;

(g) acionem processos de revisão e análise internos sobre a pertinência e viabilidade do presente Plano no contexto nacional, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais;

(h) advoguem a adoção de orçamentos públicos específicos, onde for aplicável, em função de resultados estratégicos tendentes a melhorar a cobertura e a qualidade da atenção às mulheres e crianças;

(i) promovam o desenvolvimento de programas de proteção social para mulheres e crianças.

3. Solicitar à Diretora que:

(a) apoie os Estados Membros na execução do presente Plano de Ação, em conformidade com suas necessidades e o contexto demográfico e epidemiológico;

(b) promova a execução e coordenação deste Plano de Ação, garantindo sua transversalidade nas áreas programáticas e diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização e através da colaboração com os países e entre eles na formulação de estratégias e intercâmbio de capacidades e recursos para pôr em prática seus planos de saúde da mulher;

(c) estimule e fortaleça os sistemas de informação e vigilância da saúde materna, inclusive um repositório regional disponível para todos os interessados diretos, e promova o desenvolvimento de pesquisas operacionais para formular estratégias afins e executar intervenções baseadas nas necessidades específicas dos contextos da Região;

(d) apoie os Estados Membros no desenvolvimento e criação de capacidades para a preparação e distribuição adequada dos recursos humanos em saúde materna e neonatal;

(e) consolide e fortaleça a colaboração técnica com os comitês, órgãos e relatorias das Nações Unidas e organismos interamericanos, além de promover alianças com outros organismos internacionais e regionais, instituições científicas e técnicas, a sociedade civil organizada, o setor privado e outros, no âmbito do Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna;

(f) informe periodicamente aos órgãos diretores da OPAS sobre os progressos e limitações na execução do Plano de Ação, assim como as adaptações do mesmo a novos contextos e necessidades, se necessário.

(Oitava reunião, 23 de junho de 2010)

CE148.R15: Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CD51/1) preparada pela Diretora para o 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como Anexo A ao Documento CE148/3, Rev. 1 e

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

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (Documento CD51/1) preparada pela Diretora para o 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Oitava reunião, 23 de junho de 2011)

CE148.R16: Projeto de Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338, Rev. 1)*;

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE148/4);

Tendo examinado o Adendo ao Programa e Orçamento, *Justificativa do Aumento Proposto das Cotas de Contribuição,* no qual a Repartição expõe a justificativa para o aumento das cotas de contribuição baseada na necessidade de evitar um impacto negativo nos Resultados Esperados do Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, e levando-se em consideração os esforços para melhorar a eficiência, produtividade, responsabilidade e

transparência, bem como incorporar os resultados do monitoramento de desempenho e processo de avaliação e execução orçamentária e programática;

Observando os esforços da Diretora de propor um programa e orçamento que levem em consideração tanto as questões econômicas dos Estados Membros como os mandatos de saúde pública da Organização e

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

RESOLVE:

1. Agradecer ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração por sua análise preliminar e relatório sobre o projeto de programa e orçamento.

2. Expressar agradecimento à Diretora pela atenção dada à elaboração do programa e orçamento, priorização programática e melhoria na eficiência com a implementação de instrumentos para medir a eficiência e a produtividade, assim como a avaliação e monitoramento do desempenho e execução orçamentária e programática institucional.

3. Solicitar que a Diretora incorpore as observações feitas pelos Membros do Comitê Executivo no *Documento Oficial 338* revisto que será analisado pelo 51º Conselho Diretor.

4. Recomendar que o 51º Conselho Diretor aprove uma resolução como indicado a seguir, e solicitar que a Diretora apresente um novo cenário representando um aumento de 2,15% nas cotas de contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados para análise pelo Conselho Diretor:

PROJETO DE PROGRAMA E ORÇAMENTO DA OPAS DE 2012–2013

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o projeto de Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338)*;

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (Documento CD51/__);

Observando os esforços da Diretora de propor um programa e orçamento que leve em consideração tanto as questões econômicas dos Estados Membros como os mandatos de saúde pública da Organização e

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

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a Repartição como exposto no Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial* 338).

2. Distribuir no exercício financeiro de 2012–2013 a soma de US$ 312.637.902 da seguinte maneira: (a) US$ 287.100.000 para o Orçamento Efetivo de Trabalho (seções 1–16) que requer um aumento de 4,3% das cotas de contribuição dos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados em relação ao biênio de 2010–2011; e (b) US$ 25.537.902 como transferência ao Fundo de Equalização Tributária (seção 17), como indicado na tabela abaixo.

SEÇÃO	TÍTULO	MONTANTE
1	Reduzir o ônus socioeconômico e para a saúde das doenças transmissíveis	23.302.000
2	Combater a infecção pelo HIV/aids, tuberculose e malária	6.524.000
3	Prevenir e reduzir doença, incapacidade e morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e acidentes	11.700.000
4	Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde nas principais fases do ciclo de vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos	11.694.000
5	Reduzir as consequências para saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico	4.500.000
6	Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir fatores de risco como tabagismo, uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação pouco saudável, sedentarismo e sexo sem proteção que afetam o estado de saúde	7.811.000
7	Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais de saúde através de políticas e programas que aumentam a equidade na saúde e integram enfoques sensíveis ao gênero, a favor dos pobres e baseados nos direitos humanos	8.068.000
8	Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influir em políticas públicas em todos os setores para lidar com as causas básicas de ameaças ambientais à saúde	11.800.000

SEÇÃO	TÍTULO	MONTANTE
9	Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar em todo o ciclo de vida e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável	10.825.000
10	Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde	8.311.000
11	Fortalecer a liderança, governança e fundamentação em comprovação científica dos sistemas de saúde	30.600.000
12	Garantir maior acesso, qualidade e uso de produtos médicos e tecnologias	7.165.000
13	Assegurar uma força de trabalho de saúde competente, ativa, produtiva e disponível para melhorar os resultados de saúde	9.505.000
14	Expandir a proteção social através de financiamento justo, adequado e sustentável	5.207.000
15	Fornecer liderança, fortalecer a governança e incentivar parcerias e colaboração com Estados Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS em realizar a agenda global de saúde, como estipulado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS e Agenda de Saúde para as Américas	65.885.000
16	Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível com capacidade de aprender, permitindo que cumpra o seu mandato de modo mais eficiente e competente	64.203.000
	Orçamento efetivo de trabalho para 2012–2013 (seções 1–16)	287.100.000
17	Contribuições do pessoal (transferência do Fundo de Equalização Tributária)	25.537.902
	Total: todas as seções	312.637.902

3. Que a distribuição orçamentária será financiada por:

(a) Cotas de contribuição de:

Governos Membros, Governos Participantes e Membros Associados conforme a escala adotada 219.937.902

(b) Receitas diversas 12.000.000

(c) Proporção do AMRO aprovada na 64ª Assembleia Mundial da Saúde 80.700.000

TOTAL 312.637.902

4. Ao estabelecer as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, as cotas terão uma redução adicional de acordo com valor do crédito no Fundo de Equalização Tributária, exceto os créditos dos Estados que cobram tributos dos salários recebidos da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) por seus cidadãos e residentes que terão redução conforme os valores de tais restituições tributárias pela RSPA.

5. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, os montantes que não excedam a distribuição orçamentária exposta no parágrafo 2 estarão disponíveis para o pagamento das obrigações incorridas no período de 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013, inclusive; não obstante a disposição deste parágrafo, obrigações durante o exercício financeiro de 2012–2013 serão limitadas ao orçamento efetivo de trabalho, ou seja, seções 1–16 da tabela de distribuição orçamentária no parágrafo 2.

6. Que a Diretora estará autorizada a fazer transferências entre as seções de distribuição orçamentária do orçamento efetivo de trabalho até um montante que não exceda 10% do valor distribuído para a seção do qual é feita a transferência; transferências entre as seções do orçamento de mais de 10% da seção da qual o crédito é transferido podem ser feitas com a aprovação do Comitê Executivo, sendo que todas as transferências de créditos do orçamento devem ser informadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

7. Que até 5% do orçamento designado ao nível nacional será reservado como "Alocação Variável por Países" como estipulado na Política Orçamentária Regional para Programas. O gasto na alocação variável por países será autorizado pela Diretora de acordo com os critérios aprovados pela 2ª. Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, como apresentado à 142ª Sessão do Comitê Executivo no Documento CE142/8. Os gastos efetuados da alocação variável por países serão refletidos nas seções correspondentes 1–16 da distribuição orçamentária ao fazer o informe.

8. Estimar o montante do gasto no programa e orçamento para 2012–2013 a ser financiado por outras fontes em US$ 339.625.000, como exposto no *Documento Oficial 338*.

(Reunião virtual, 22 de julho de 2011)

CE148.R17: Contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2012–2013

A 148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que na Resolução CE148.R16 o Comitê Executivo recomendou que o 51º Conselho Diretor aprovasse o Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (Documento Oficial 338, Rev. 1) e

Levando em consideração que a Escala de Contribuições da OPAS incorpora a nova escala de contribuições da Organização dos Estados Americanos para o período 2012–2014,

RESOLVE:

Recomendar que o 51º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

COTAS DE CONTRIBUIÇÃO DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2012–2013

O 51º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na Resolução CD51.R__ o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338*) e

Levando-se em consideração que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de cotas de contribuição a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de contribuições adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os seus associados, e que na Resolução CD51.R__ o Conselho Diretor aprovou a nova escala de contribuições para os membros da OPAS para o biênio 2012–2013,

RESOLVE:

Estabelecer as cotas de contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes, e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2012–2013 de acordo com a escala de contribuições mostrada debaixo e nas quantias correspondentes, que representam um aumento de 4,3% em relação ao biênio de 2010–2011.

Membros	Escala ajustada para os Membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização Tributária		Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS		Contribuição líquida	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
Governos Membros:										
Antígua e Barbuda	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Argentina	2.408	2.408	2,648,052	2,648,052	307,476	307,476			2,340,576	2,340,576
Bahamas	0.062	0.062	68,181	68,181	7,917	7,917			60,264	60,264
Barbados	0.045	0.045	49,486	49,486	5,746	5,746			43,740	43,740
Belize	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Bolívia	0.049	0.049	53,885	53,885	6,257	6,257			47,628	47,628
Brasil	9.941	9.941	10,932,013	10,932,013	1,269,361	1,269,361			9,662,652	9,662,652
Canadá	11.972	11.972	13,165,483	13,165,483	1,528,699	1,528,699	45,000	45,000	11,681,784	11,681,784
Chile	1.189	1.189	1,307,531	1,307,531	151,823	151,823			1,155,708	1,155,708
Colômbia	1.049	1.049	1,153,574	1,153,574	133,946	133,946			1,019,628	1,019,628

***** Os Estados Membros são apresentados em ordem alfabética com base no idioma Inglês."

Membros	Escala ajustada para os Membros da OPAS 2012	Escala ajustada para os Membros da OPAS 2013	Contribuição bruta 2012	Contribuição bruta 2013	Crédito do Fundo de Equalização Tributária 2012	Crédito do Fundo de Equalização Tributária 2013	Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS 2012	Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS 2013	Contribuição líquida 2012	Contribuição líquida 2013
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
Costa Rica	0.221	0.221	243,031	243,031	28,219	28,219			214,812	214,812
Cuba	0.183	0.183	201,243	201,243	23,367	23,367			177,876	177,876
Dominica	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
República Dominicana	0.257	0.257	282,620	282,620	32,816	32,816			249,804	249,804
Equador	0.258	0.258	283,720	283,720	32,944	32,944			250,776	250,776
El Salvador	0.114	0.114	125,365	125,365	14,557	14,557			110,808	110,808
Granada	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Guatemala	0.168	0.168	184,748	184,748	21,452	21,452			163,296	163,296
Guiana	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Haiti	0.034	0.034	37,389	37,389	4,341	4,341			33,048	33,048
Honduras	0.051	0.051	56,084	56,084	6,512	6,512			49,572	49,572
Jamaica	0.093	0.093	102,271	102,271	11,875	11,875			90,396	90,396
México	8.281	8.281	9,106,529	9,106,529	1,057,397	1,057,397			8,049,132	8,049,132
Nicarágua	0.034	0.034	37,389	37,389	4,341	4,341			33,048	33,048
Panamá	0.158	0.158	173,751	173,751	20,175	20,175			153,576	153,576
Paraguai	0.093	0.093	102,271	102,271	11,875	11,875			90,396	90,396
Peru	0.688	0.688	756,586	756,586	87,850	87,850			668,736	668,736
Saint Kitts e Névis	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Santa Lúcia	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
São Vincente e Granadinas	0.022	0.022	24,193	24,193	2,809	2,809			21,384	21,384
Suriname	0.034	0.034	37,389	37,389	4,341	4,341			33,048	33,048
Trinidad e Tobago	0.180	0.180	197,944	197,944	22,984	22,984			174,960	174,960
Estados Unidos da América	59.445	59.445	65,371,043	65,371,043	7,590,503	7,590,503	10,000,000	10,000,000	67,780,540	67,780,540
Uruguai	0.214	0.214	235,334	235,334	27,326	27,326			208,008	208,008
Venezuela	2.186	2.186	2,403,921	2,403,921	279,129	279,129	0	0	2,124,792	2,124,792
Subtotal	99.583	99.583	109,510,377	109,510,377	12,715,701	12,715,701	10,045,000	10,045,000	106,839,676	106,839,676

Membros	Escala ajustada para os Membros da OPAS 2012	Escala ajustada para os Membros da OPAS 2013	Contribuição bruta 2012	Contribuição bruta 2013	Crédito do Fundo de Equalização Tributária 2012	Crédito do Fundo de Equalização Tributária 2013	Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS 2012	Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS 2013	Contribuição líquida 2012	Contribuição líquida 2013
	%	%	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$	US$
Governos Participantes:										
França	0.219	0.219	240,832	240,832	27,964	27,964			212,868	212,868
Países Baixos	0.068	0.068	74,779	74,779	8,683	8,683			66,096	66,096
Reino Unido	0.046	0.046	50,586	50,586	5,874	5,874			44,712	44,712
Subtotal	0.333	0.333	366,197	366,197	42,521	42,521			323,676	323,676
Membro Associado:										
Porto Rico	0.084	0.084	92,374	92,374	10,726	10,726			81,648	81,648
Subtotal	0.084	0.084	92,374	92,374	10,726	10,726			81,648	81,648
TOTAL	100.000	100.000	109,968,948	109,968,948	12,768,948	12,768,948	10,045,000	10,045,000	107,245,000	107,245,000

(Reunião virtual, 22 de julho de 2011)

Decisões

Decisão CE148(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 CE148/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 20 de junho de 2011)

Decisão CE148(D2) Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª 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 (São Vicente e Granadinas) e Vice-presidente (Argentina) para representar o Comitê no 51o Conselho Diretor, 63a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Quarta reunião, 21 de junho de 2011)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Presidente do Comitê Executivo, Delegado de São Vicente e Granadinas e a Secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, firmam o presente Relatório Final no idioma inglês.

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

St. Clair Alphaeus Thomas
Delegado de
São Vicente e Granadinas
Presidente da
148ª Sessão do Comitê Executivo

Mirta Roses Periago
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária *ex officio* da
148ª Sessão do Comitê Executivo

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS PROCEDIMENTAIS

2.1 Aprovação da Agenda e Programa de Reuniões

(Artigo 9, Regulamento Interno do Comitê Executivo)

2.2 Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

(*Artigo 54, Regulamento Interno do Comitê Executivo*)

2.3 Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

(*Artigo 12.C, Constituição da OPAS*)
(*Artigo 7, Regulamento Interno do Conselho Diretor*)

3. ASSUNTOS DO COMITÊ

3.1 Relatório sobre a Quinta Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento, e Administração

3.2 Prêmio OPAS em Administração, 2011

3.3 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

3.4 Relatório Anual do Escritório de Ética

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS

4.1 Projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012-2013

4.2 Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana

4.3 Estratégia e Plano de Ação sobre a Mudança Climática

4.4 Plano de Ação sobre Segurança nas Estradas

4.5 Plano de Ação para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool

4.6 Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública

4.7 Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsia

4.8 [Excluído]

4.9 Estratégia e Plano de Ação sobre a Malária

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

4.11 Estratégia e Plano de Ação para *eSaúde*

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Cotas

5.2 Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação

5.3 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2010

5.4 Relatório do Comitê de Auditoria

5.5 Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS

6. ASSUNTOS DE PESSOAL

6.1 Emendas do Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

6.2 Intervenção do Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO

7.1 Plano Estratégico a Meio Prazo 2008-2013 e Projeto de Orçamento por Programa 2012-2013 da OMS

7.2 Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação Gerencial da Repartição Sanitária Pan-Americana

7.3 Relatório sobre os Preparativos do Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal a Saúde Sexual e Reprodutiva

7.4 Relatório sobre os Preparativos para a Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos

7.5 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:

A. Imunização: Desafios e Perspectivas

B. Implantação da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual

C. Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco

D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)

E. Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a Saúde na Região das Américas

F. Análise dos Centros Pan-Americanos

7.6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros:

7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO (*cont.)*

A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

B. Atualização sobre a Nomeação do Auditor Externo da OPAS para os Biênios 2012-2013 e 2014-2015

C. Plano Mestre de Investimento de Capital

7.7 Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS: Sexagésima quarta Assembléia Mundial de Saúde

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Doc. Of. 338, Rev. 1	Projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012-2013
Doc. Of. 338, Add. I, Rev. 1	Addendum ao Projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2012-2013
Doc. Of. 340	Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo para 2010

Documentos de Trabalho

CE148/1, Rev. 1 e CE148/WP/1, Rev. 1	Agenda e Programa de Reuniões
CE148/2	Representação do Comitê Executivo no 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE148/3, Rev. 1	Agenda Provisória do 51º Conselho Diretor da OPAS, 63ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE148/4	Relatório sobre a Quinta Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento, e Administração
CE148/5, e Add. I	Prêmio OPAS em Administração, 2011
CE148/6	Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
CE148/7	Relatório Anual do Escritório de Ética
CE148/8	Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Urbana
CE148/9	Estratégia e Plano de Ação sobre a Mudança Climática

Documentos de Trabalho *(cont.)*

CE148/10	Plano de Ação sobre Segurança nas Estradas
CE148/11	Plano de Ação para Reduzir o Consumo Nocivo de Álcool
CE148/12, Rev. 1	Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública
CE148/13	Estratégia e Plano de Ação sobre Epilepsi
CE148/14	[Excluído]
CE148/15	Estratégia e Plano de Ação sobre a Malária
CE148/16, Rev. 1	Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e da Morbidade Materna Grave
CE148/17	Estratégia e Plano de Ação para *eSaúde*
CE148/18, e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação das Cotas
CE148/19	Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
CE148/20	Relatório do Comitê de Auditoria
CE148/21	Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS
CE148/22, Rev. 1	Emendas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
CE148/23	Intervenção do Representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS

Documentos de Informação

CE148/INF/1 e Add. I	Plano Estratégico a Meio Prazo 2008-2013 e Projeto de Orçamento por Programa 2012-2013 da OMS
CE148/INF/2	Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação Gerencial da Repartição Sanitária Pan-Americana
CE148/INF/3	Relatório sobre os Preparativos do Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal a Saúde Sexual e Reprodutiva
CE148/INF/4	Relatório sobre os Preparativos para a Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos
CE148/INF/5	Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
	A. Imunização: Desafios e Perspectivas
	B. Implantação da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
	C. Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
	D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)
	E. Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a Saúde na Região das Américas
	F. Análise dos Centros Pan-Americanos
CE148/INF/6	Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros:
	A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

Documentos de Informação (*cont.*)

B. Atualização sobre a Nomeação do Auditor Externo da OPAS para os Biênios 2012-2013 e 2014-2015

C. Plano Mestre de Investimento de Capital

CE148/INF/7 Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS: Sexagésima quarta Assembléia Mundial de Saúde

LISTA DOS PARTICIPANTES*

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

Dr. Daniel Yedlin
Jefe de Gabinete
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

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

Dra. Susana Gallo
Asesora
Secretaría de Determinantes y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

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

COLOMBIA

Dra. Carmen Angulo
Asesora Despacho Viceministra
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

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

GRENADA/GRANADA

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

GUATEMALA

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

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez
Embajador, Representante Permanente del Perú ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Raúl Salazar Cosio
Representante Alterno del Perú ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Giancarlo Gálvez
Segundo Secretario, Representante Alterno del Perú ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

* Anexo C inclui Apêndice I, Lista de Participantes da Reunião Virtual do 22 de julho de 2011.

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

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

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the Environment
Kingstown

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.

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

Mr. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

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

Dr. Lawrence Slutsker
Associate Director for Science
Center for Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Department of Health and Human Services
Atlanta, GA

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

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

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

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

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

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

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel"
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dr. Eudoro Godoy
Director General del Despacho
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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.

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

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

Srta. Valentina Martínez Maradei
Abogada
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

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

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

Ms. Fiorella Caldera Gutierrez
Primer Secretaria
Misión Permanente de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Gabriela Resendes
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

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

CANADA/CANADÁ

Ms. Gloria Wiseman
Director
Multilateral Division
Health Canada
International Affairs Directorate
Ottawa

Ms. Sarah Lawley
Director
International Division
Public Health Agency of Canada
Ottawa

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

Ms. Adrijana Corluka
Policy Analyst, PAHO/WHO
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Mr. Jamie Baker
Manager, Bilateral and Regional Affairs
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
Gatineau, Quebec

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

CUBA

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez
Segundo Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

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

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

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de
Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Ministro Luis Alberto del Castillo B.
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Miguel Alonso Olamendi
Representante Alterno de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

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

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

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

OBSERVER STATES
ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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.

Sr. D. Fernando Fernández-Monje
Becario
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Catalina Perazzo
Becaria
Observador Permanente de España ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PORTUGAL

Sr. Antonio Fidalgo
Oficial Técnico, America Latina y
Organización de los Estados Americanos
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

Sra. Ana Rocha
Consejera
Embajada de Portugal
Washington, D.C.

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

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

Dr. Rafael Dautant

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

Ms. Marcela Gaitán

UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS

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

Sra. Helvia Velloso

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

Mrs. Piedad Huerta
Advisor, Governing Bodies Office
Asesora, Oficina de los Cuerpos Directivos

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

VIRTUAL MEETING/REUNIÓN VIRTUAL
22 JULY 2011/22 DE JULIO DEL 2011

MEMBERS OF THE COMMITTEE/MIEMBROS DEL COMITÉ

ARGENTINA

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

COLOMBIA

Lic. Marcela Ordóñez
Ministro Consejero
Coordinadora de Asuntos Institucionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

Lic. Ladyz Andrea Rodríguez Vega
Asesora Cuotas y Contribuciones a Organismos Internacionales
Ministerio de la Protección Social
Santa Fé de Bogotá

GRENADA/GRANADA

Hon. Ann Peters
Minister of Health
Ministry of Health
St. George's

GUATEMALA

Lic. Albertico Orrego
Gerente general Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

GUATEMALA *(cont.)*

Dr. Edgar González
Director, Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

HAITI/HAITÍ

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

PERU/PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

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

Hon. Cecil McKie
Minister of Health, Wellness and the Environment
Ministry of Health, Wellness and the Environment
Kingstown

Dr. St. Clair Alphaeus Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the Environment
Kingstown

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

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

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

Mr. Edward Faris
Program Analyst/Senior Advisor
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Dra. Isabel Iturria
Viceministra de Recursos para la Salud
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Sra. Dra. Miriam Morales
Viceministra de Salud Pública Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Dra. María Fernanda Correa
Presidenta
Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

Lic. Pedro Albarrán Depablos
Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

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

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

Sr. Dr. Edgar Butron
Coordinador
Ministerio de Salud y Deportes
Plaza del Estudiante
La Paz

BRAZIL/BRASIL

Embaixador Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Marcelo Almeida Quintão
Assistente, Oficina de Assuntos
Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

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

CHILE

Dr. José Miguel Huerta
Jefe de la Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

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

ECUADOR

Sr. Dr. Juan Moreira
Director General de Salud, (E)
Ministerio de Salud Pública
Quito, Ecuador

COSTA RICA

Lic. Rosibel Vargas Gamboa
Jefe Unidad de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
San José

CUBA

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

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Sr Dr. Roberto Peguero
Viceministro Administrativo y Financiero
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

Sr. Dr. José Rodríguez A.
Viceministro de Salud Colectiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia
Social
Santo Domingo

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

EL SALVADOR

Dra. Laura Nervi
Asesora del Despacho Ministerial para Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
San Salvador

JAMAICA

Dr. Eva Fuller-Lewis
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston 5

Ms. Ava-Gey Timberlake
Acting Director, International Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston 5

Mrs. Sandra Graham
Acting Director
Policy, Planning and Development
Ministry of Health
Kingston 5

MEXICO/MÉXICO

Dra. Eunice Rendón Cárdenas
Directora General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Fermín Juárez Garrido
Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

MEXICO/MÉXICO *(cont.)*

Lic. Marevna García Arreola
Jefa del Departamento de Cooperación Internacional
Secretaría de Salud
México, D.F.

PANAMA/PANAMÁ

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

PARAGUAY

Sr. Enrique García Zúñiga
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Asunción

URUGUAY

Sra. Dra. Beatriz Rivas
Asesora de la Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

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

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

Mrs. Piedad Huerta
Advisor, Governing Bodies Office
Asesora, Oficina de los Cuerpos Directivos

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

148ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 20 á 24 de junho de 2011

CE148/FR (Port.)
Anexo D
22 de julho de 2011
ORIGINAL: INGLÊS

ANEXO AO RELATÓRIO FINAL

Critérios Expressados por Membros do Comitê Executivo sobre o Programa e o Orçamento Propostos pela Organização Pan-Americana da Saúde para o Período de 2012-2013

1. Durante a reunião virtual realizada no dia 22 de julho de 2011, membros do Comitê Executivo manifestaram as seguintes opiniões sobre o programa e o orçamento propostos pela OPAS para 2012-2013:

2. O Delegado da **Argentina** recordou que os Estados Membros da OPAS haviam apoiado a adoção do Plano Estratégico 2008-2012 e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, e que, portanto, estes têm a responsabilidade assegurar que a Organização tenha os recursos necessários para conduzir estes dois planos estratégicos que serviram como guia para o trabalho da Repartição e dos Estados Membros. A Argentina apoiou firmemente a versão revisada do cenário D, a proposta com efeito menos prejudicial sobre a capacidade da Organização de alcançar os objetivos estratégicos determinados pelo Plano Estratégico. O delegado argentino apelou para que outros membros do Comitê apoiem o cenário D como forma de demonstrar comprometimento para com cumprimento dos objetivos estratégicos e apoio ao trabalho da OPAS.

3. O Delegado da **Colômbia** elogiou os esforços da Repartição para reduzir os gastos e concordou com a importância de executar todas as atividades contempladas pelo Plano Estratégico. Porém, ela assinalou que alguns países, inclusive seu próprio, passaram a contribuir significativamente mais do que o estimado em função da revisão da escala de contribuições da OEA. Seu país também enfrentou limitações significativas de orçamento e, portanto, ela continuou a apoiar o cenário C. Além disso, ela também

sugeriu que mais tempo—de preferência dois anos de antecipação—deve ser alocado para a análise dos orçamentos da Organização. Esse aumento favoreceria a realização de discussões e permitiria acomodar os ciclos de orçamento díspares dos Estados Membros.

4. O Delegado de **Granada** afirmou o compromisso contínuo de seu país com o trabalho coletivo da OPAS e apoiou a versão revisada do cenário D.

5. O Delegado da **Guatemala** também manifestou apoio à versão revisada do cenário D que, segundo ele, proporciona um equilíbrio entre as questões de cunho financeiro com a necessidade de alcançar os principais objetivos do Plano Estratégico. Apesar da impossibilidade de alcançar alguns dos objetivos estratégicos do cenário D, o delegado considerou este cenário a melhor alternativa dentro das circunstâncias.

6. O Delegado do **Haiti** também expressou apoio à versão revisada do cenário D, visto que este permitiria alcançar uma proporção maior dos objetivos estratégicos em comparação com o cenário C.

7. O Delegado do **Peru**, respaldando as observações feitas pelo Delegado da Argentina, salientou a necessidade de assegurar o financiamento necessário para o Plano Estratégico e disse que seu governo apoiou a versão revisada do cenário D apesar deste aumentar o valor da contribuição estimada em função tanto do aumento de 4,3% como da revisão da escala de contribuições da OEA.

8. O Delegado de **São Vicente e Granadinas** elogiou os esforços da Repartição para criar um cenário que seja satisfatório para todos dentro do contexto atual de crise financeira global. Ele manifestou a esperança de que o Comitê possa chegar a um consenso sobre o cenário D que contou com o apoio de sua delegação.

9. O Delegado dos **Estados Unidos**, enfatizando o firme apoio de seu Governo ao trabalho da OPAS em todo o hemisfério, reconheceu as dificuldades que a Organização enfrentou para honrar seus compromissos no contexto da situação financeira atual e manifestou apreciação pelos esforços da Repartição para reduzir os custos e melhorar desempenho da Organização por meio de, entre outras medidas, eliminação de postos, transferência de alguns cargos para trabalho de campo bem como pela consolidação de vários Centros Pan-Americanos. Ele reconheceu a necessidade do aumento de 4,3% nas contribuições proposto no cenário D para compensar a redução em 8 milhões de dólares de receitas diversas e para manter o orçamento ordinário no mesmo nível nominal que o do período 2010-2011. Ele também reconheceu que, embora o orçamento ordinário continuasse inalterado, os custos da OPAS continuariam aumentando, e, portanto, o orçamento não proporcionaria custeio suficiente para apoiar o programa de trabalho da Organização nos próximos dois anos. Contudo, o delegado afirmou que seu governo não poderia apoiar um aumento de 4,3% nas contribuições. Os orçamentos das agências

governamentais estavam sofrendo cortes em todas as áreas em seu país, e que havia dúvidas sobre a habilidade de honrar os compromissos assumidos perante as organizações internacionais. Porém, seu governo poderia estar disposto a adotar uma resolução nos termos deste cenário caso fosse incluído um parágrafo solicitando à Repartição a preparação de outro cenário contendo um projeto de orçamento prevendo um aumento de 2,15% nas contribuições estimadas dos Estados Membros--p. ex., metade do aumento proposto pela versão revisada do cenário D—para discussão durante a reunião do Conselho Diretor.

10. O Delegado da **Venezuela (República Bolivariana de)** recordou que durante a sessão de junho do Comitê Executivo sua delegação havia solicitado que a Repartição formulasse um cenário que não incluísse um aumento de mais de 14% na porção FTP do orçamento, e que isso mudaria a distribuição de fundos entre os itens cargos e outros (não cargos), alocando uma proporção maior do financiamento total às despesas não relativas a cargos. Ela expressou desilusão com a falta de iniciativas para criar tal cenário e reiterou sua solicitação de que a Repartição prepare um cenário no qual o aumento do orçamento para despesas com cargos fixos não supere 5%. Ela sugeriu que os custos relacionados a cargos poderiam ser reduzidos ao apelar para que os funcionários da OPAS abandonem voluntariamente os ajustes relativos a custo de vida, aumentos dos benefícios do seguro de saúde e outros aumentos regulamentares que disponibilizariam mais fundos para o financiamento de programas substanciais da Organização sem requerer necessariamente um aumento das contribuições estimadas a serem desembolsadas pelos Estados Membros.

11. Com respeito aos critérios expressados pelos representantes dos Estados Membros que participaram da reunião como observadores, delegados do **Brasil**, **Costa Rica** e **Paraguai** expressaram apoio à versão revisada do cenário D, enquanto que os delegados da **Bolívia (Estado Multinacional de)**, **Canadá** e **México** foram a favor do cenário C. A Delegada do Canadá disse que seu Governo continua a defender um aumento nominal zero nas estimativas de contribuições dos Estados Membros, mas que estaria disposto para considerar uma proposta de aumento de 2,15%. A Delegada do México assinalou que a contribuição de seu país havia aumentado durante os dois biênios anteriores enquanto que o orçamento de sua Secretaria da Saúde havia diminuído; portanto, seu governo se via incapaz de apoiar qualquer outro aumento da sua contribuição estimada à OPAS ou outra organização internacional. O Delegado do **Chile**, observando que a estimativa de contribuição de seu país havia aumentado significativamente em função da revisão da escala de contribuições da OEA, sugeriu a necessidade de mais tempo para analisar o projeto de orçamento. O Delegado do **Equador** afirmou que seu governo ainda estava estudando os diversos cenários propostos e que expressaria sua perspectiva durante o 51º Conselho Diretor.

- - --