

54º CONSELHO DIRETOR
67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS
Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

Tema 3.2 da agenda provisória

CD54/3
4 de agosto de 2015
Original: inglês

**RELATÓRIO ANUAL DO DIRETOR
DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA**

**Defendendo a saúde em nome do desenvolvimento sustentável e da equidade:
Liderando pelo exemplo**

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Prefácio	3
Introdução	5
Capítulo I. Promovendo a Saúde e a Equidade	7
Em direção à saúde universal nas Américas	7
Eliminação e controle de doenças infecciosas e preveníveis mediante vacinação ...	11
Combate ao ônus das doenças não transmissíveis	18
Abordagem dos determinantes sociais e ambientais da saúde	20
Promovendo a saúde materna, da criança e do adolescente	23
Temas transversais: Gênero, equidade, direitos humanos e etnia.....	25
Parcerias para prontidão para situações de emergência e resposta em saúde	26
Provendo a saúde na agenda interamericana	27
Capítulo II. Melhoramento da eficiência e eficácia institucional	28
Supervisão interna e serviços de avaliação	28
Tecnologia da Informação e administração	28
Fomentando a excelência e a ética no desempenho do pessoal	29
Capítulo III. Olhando para o futuro: Posicionando a OPAS para a era dos ODS	31
Monitoramento da desigualdade: Um desafio crítico	35
Esforços em âmbito subnacional	35
Saúde universal e saúde em todas as políticas	36
Prevenção e controle das doenças não transmissíveis	36
Promoção da liderança pelo exemplo	37
Olhando além de 2015	38
Siglas e abreviaturas	39
Agradecimentos	41

Aos Estados Membros:

De acordo com as disposições da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, tenho a honra de apresentar o relatório anual de 2015 sobre o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde. O relatório destaca as realizações obtidas com nossa cooperação técnica no âmbito do Plano Estratégico de 2014-2019 da Organização Pan-Americana da Saúde, definido por seus Órgãos Diretores.

Carissa F. Etienne
Diretora

Prefácio

Junho de 2015

Este Relatório Anual de 2015 destaca os avanços da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) durante os 12 últimos meses (julho de 2014 a junho de 2015) e descreve a cooperação em assuntos de saúde entre os Estados Membros e a secretaria da OPAS, a Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição), que também serve como Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A cooperação pan-americana em matéria de saúde é a razão da ser da OPAS há mais de um século e é uma força que impulsiona o notável progresso da saúde pública em nossa Região. Com a coordenação e a cooperação técnica da Repartição e em parceria com outras instituições e organizações, os Estados Membros da OPAS deram um exemplo para o mundo através do seu sucesso em controlar e eliminar as doenças preveníveis por vacinação e as doenças tropicais negligenciadas, proporcionar tratamento antirretroviral para as pessoas com HIV, progredir em direção à eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, e alcançar a maioria dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde. Esta colaboração, seus resultados claros e o exemplo que ela dá para outros países e regiões inspiraram o tema deste Relatório Anual: “Defendendo a saúde em nome do desenvolvimento sustentável e da equidade: Liderando pelo exemplo.”

Tenho o prazer de informar que a tradição da cooperação pan-americana levou a conquistas significativas ao longo do último ano. Estou especialmente orgulhosa de dois avanços: primeiro, o novo compromisso regional com o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, metas que havia definido como prioridade máxima quando me tornei Diretora em 2013. A Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, aprovada pelo 53º Conselho Diretor da OPAS, é a primeira de qualquer região da OMS e abre caminho para que as Américas se tornem a primeira região do mundo a conseguir saúde universal. O segundo avanço do qual estou especialmente orgulhosa é que, enquanto Região, conseguimos obter a certificação da eliminação da transmissão endêmica do vírus da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, um marco histórico para a saúde pública nas Américas.

Minha liderança da Repartição durante o último ano também foi guiada pelo espírito do pan-americanismo. Mantive um diálogo ativo e engajado com os Estados Membros da OPAS e outros parceiros, visitando 17 países durante o último ano. Ouvi palavras encorajadoras sobre como nossos membros e parceiros valorizam as funções da Repartição como facilitadora e coordenadora da cooperação pan-americana e como fonte de perícia técnica. Fiquei impressionada ao ver as muitas inovações que estão sendo colocadas em prática por países em toda a Região para melhorar a saúde do povo. Muitos de nossos Estados Membros estão ansiosos para dividir com outros países o que sabem e o que fazem de melhor e para se beneficiar da tecnologia e experiência de outros países em matéria de saúde. Promover e favorecer este tipo de “liderança pelo exemplo” é

precisamente o objetivo de nosso programa novo e ampliado sobre Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde.

Também busquei o apoio de líderes de outras organizações e outros setores, desde instituições financeiras internacionais e agências irmãs das Nações Unidas até ministros de finanças e chefes de governo. Sempre que houve oportunidade, promovi a causa de dedicar recursos nacionais suficientes à saúde—pelo menos 6% do PIB. Destaquei a importância de assegurar que a saúde seja promovida e protegida em todas as políticas públicas, não só as diretamente relacionadas com o setor da saúde. Nos últimos meses, coordenei com a unidade regional para a América Latina e Caribe do Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF) para assegurar a disponibilidade de mecanismos de financiamento para que nossos Estados Membros se preparassem para o vírus Ebola. Além disso, me reuni com outros parceiros, como a Organização Mundial da Saúde Animal (OIE), para fortalecer nossas relações de longa data e promover um maior foco na interface entre animais e humanos em matéria de saúde pública. Em todas essas interações, tive o prazer de observar um grande apreço pelo trabalho da OPAS na Região e uma disposição a trabalhar em parceria conosco.

Internamente, durante o ano de passado, a Repartição continuou a implementar mudanças de gestão, tecnológicas e organizacionais para melhorar nossa eficácia e eficiência e fortalecer nossa prestação de cooperação técnica. Algumas destas mudanças impõem pressões adicionais, ainda que temporárias, sobre o pessoal da Repartição, que teve que dedicar tempo e esforço para aprender sistemas novos—especialmente o novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS, da sigla em inglês)—além de continuar com seu volume de trabalho habitual. Esses esforços de organização foram realizados em paralelo ao nosso trabalho central de avançar o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e responder a desafios prementes em matéria de saúde, em cooperação com nossos Estados Membros.

Ao apresentar este relatório aos Órgãos Diretores da OPAS, quero agradecer a cada um dos membros de nosso quadro de funcionários por seu compromisso dedicado, zelo e paixão ao promovermos coletivamente a missão da Repartição. Estou também muito grata a nossos Estados Membros e outros parceiros por sua colaboração inestimável e apoio constante. Espero ansiosamente por nosso trabalho em conjunto na nova era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para assegurar que a Região das Américas continue a liderar pelo exemplo, avançando a saúde para todos em nosso hemisfério e além dele.

Carissa F. Etienne
Diretora
Organização Pan-Americana da Saúde

Introdução

A Região das Américas alcançou vários marcos significativos de saúde pública durante o período de 12 meses concluído em junho de 2015:

- A Região se tornou a primeira do mundo a ser declarada isenta de transmissão endêmica do vírus da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC).
- Cuba se tornou o primeiro país do mundo a ser validado como tendo eliminado a transmissão vertical de HIV e sífilis.
- O Equador se tornou o segundo país no mundo (depois da Colômbia, em 2013) a eliminar o flagelo da oncocercose.
- Nicarágua e Uruguai deram um exemplo ao serem os primeiros países do mundo a ratificar o Protocolo da OMS para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco.
- Em um acordo histórico firmado no 53º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, os Estados Membros da OPAS apoiaram, por unanimidade, as metas de acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e adotaram uma estratégia regional para impulsionar a consecução dessas metas.

Esses marcos são motivos de comemoração e reconhecimento do compromisso, colaboração e trabalho duro que foram necessários para alcançá-los. Mas a Região também enfrentou desafios antigos e novos em matéria de saúde que exigiram atenção crítica e respostas dirigidas:

- Embora a mortalidade materna tenha diminuído quase 40% na América Latina e no Caribe entre 1990 e 2013, esta redução ficou claramente aquém dos 75% requeridos pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em 2013, o ano mais recente para o qual há dados disponíveis, cerca de 9.300 mulheres morreram de causas maternas na América Latina e no Caribe.
- O vírus Ebola foi trazido da África Ocidental aos Estados Unidos, aventando a possibilidade dos casos importados na América Latina e no Caribe e testando a capacidade de preparativos e resposta dos ministérios da saúde e a implementação das capacidades centrais do Regulamento Sanitário Internacional.
- O vírus Chikungunya continuou a se difundir no Caribe e além, sobrecarregando os serviços de saúde em alguns países. Em meados de 2015, 40 países e territórios na Região já haviam relatado transmissão local do vírus, correspondendo a um total cumulativo de mais de 1,5 milhões de casos e 238 mortes.
- O cólera continuou ceifando vidas e causando sofrimento no Haiti, onde quase 40.000 casos e mais de 400 óbitos foram notificados entre junho de 2014 e maio de 2015. Casos de cólera foram também notificados em Cuba, República Dominicana e México.

- Catástrofes naturais, inclusive inundações no Chile e no Paraguai e graves secas em Guatemala e Honduras, tiraram dezenas de vidas e causaram transtornos a dezenas de milhares de indivíduos e famílias.
- As doenças não transmissíveis (DNTs) e seus fatores de risco afetaram um número crescente de pessoas na Região, causando 80% de todos os óbitos e sobrecarregando os orçamentos e sistemas de saúde nacionais.
- Milhões de pessoas nas Américas não puderam obter acesso aos serviços de saúde necessários devido aos altos custos da assistência de saúde, às crises políticas e econômicas e a outras barreiras, apesar do progresso significativo em direção às metas do acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde.
- Outras iniquidades notáveis em saúde persistem na região como resultado da exclusão social e cultural, do desemprego, das más condições de trabalho, da falta de educação e informação, do isolamento geográfico, de ambientes insalubres e de outros determinantes sociais.

Este relatório descreve o trabalho do secretariado da OPAS, a Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição), junto com seus Estados Membros e outros parceiros, em direção a estes e outros avanços e em resposta a desafios de saúde novos e existentes durante o período ao qual o documento se refere. O relatório também destaca as medidas internas da Repartição que visaram aumentar a eficiência de organização e melhorar a sua prestação de cooperação técnica aos Estados Membros. Finalmente, o relatório discute como a Repartição está se posicionando para apoiar os Estados Membros ao impulsionar a saúde e a equidade na nova era dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Detalhes a respeito da situação financeira da OPAS constam do Relatório Financeiro da Diretora e do Relatório do Auditor Externo para 2014. Mais detalhes sobre os programas de cooperação técnica da Organização e seus resultados até o final de 2015 serão apresentados na Avaliação Final do Biênio do Programa e Orçamento 2014-2015, a ser publicada em 2016.

Capítulo I. Promovendo a saúde e a equidade

1. Os marcos em saúde alcançados nas Américas entre julho de 2014 e junho de 2015 não teriam sido possíveis sem os esforços coordenados dos Estados Membros da OPAS, da Repartição, e de organizações parceiras nos âmbitos nacional, regional e global. A função da Repartição nesses avanços incluía não somente prestar cooperação técnica e orientação normativa como também reunir perícias e firmar parcerias, facilitar o diálogo e a negociação e, de outras maneiras, exercitar e promover a “liderança pelo exemplo.”

2. O 53º Conselho Diretor foi um exemplo primordial dessas dinâmicas. A histórica Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde e os sete planos regionais de ação que foram adotados pelo Conselho Diretor de 2014 foram elaborados com a perícia técnica da Repartição, com grandes contribuições e feedback dos Estados Membros e em consulta com as instituições parceiras e organizações da sociedade civil. O resultado foi um compromisso regional pioneiro de buscar a “saúde para todos” nas Américas.

Em direção à saúde universal nas Américas

3. Na década passada, os países das Américas progrediram significativamente ao melhorar o acesso aos sistemas e serviços de saúde. Porém, em vários países, cerca de 10-15% da população ainda sofre com despesas de saúde catastróficas, colocando essas pessoas em risco de empobrecimento.¹ Para abordar este problema—de longa data, porém urgente—a Repartição liderou uma série de consultas sobre como ampliar o acesso aos serviços de saúde e a cobertura de saúde e avançar em direção à “saúde universal”. Mais de 1.200 funcionários de saúde e outros interessados diretos da OPAS de 31 países e territórios participaram desses eventos, que foram realizados de maio a agosto de 2014.

4. A culminação deste amplo processo consultivo foi a adoção pelo 53º Conselho Diretor da OPAS da nova Estratégia Regional para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (documento [CD53/5, Rev. 2](#) [2014]), em outubro de 2014. A estratégia respalda a saúde universal como uma aspiração conjunta dos Estados Membros da OPAS e formula linhas de ação para que os países possam avançar em direção a esta meta (ver quadro), enquanto reconhece que cada país trilhará seu próprio caminho segundo seus próprios contextos sociais, econômicos, políticos, legais, históricos e culturais.

¹ Atun R, de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, de Paula JB, Rívoli F, Serrate PC, Wagstaff A. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47.

A estratégia da OPAS para a saúde universal

A estratégia da OPAS de 2014 para acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde (documento CD53/5, rev. 2 [2014]) estabelece a meta, em âmbito tanto regional como nacional, de assegurar que “todas as pessoas e comunidades [tenham] acesso, sem discriminação, a serviços de saúde integrais, adequados, oportunos, de qualidade, estabelecidos em nível nacional, de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis, assegurando que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, especialmente os grupos mais vulneráveis.”

Para avançar em direção à saúde universal, a estratégia estabelece quatro linhas estratégicas de ação: 1) a expansão do acesso equitativo a serviços de saúde integrais, de qualidade e centrados nas pessoas e nas comunidades; 2) o fortalecimento do papel condutor e governança; 3) o aumento e melhoria do financiamento, com equidade e eficiência, e o avanço para a eliminação do pagamento direto, que se transforma em barreira ao acesso no momento da prestação de serviços; e 4) o fortalecimento da coordenação multissetorial para abordar os determinantes sociais da saúde.

A Estratégia conclama à Repartição que apoie as ações dos países nessas áreas com cooperação técnica e monitore e informe sobre o progresso dos países.

5. Com a cooperação técnica da Repartição, até meados de 2015, 11 países haviam elaborado ou estavam pondo em prática planos nacionais para saúde universal. Outro apoio durante o período do relatório incluiu capacitar 200 profissionais em administração de serviços de saúde, financiamento, economia, governança, e gestão em saúde; estudos sobre eficiência dos sistemas de saúde ou questões fiscais em 11 países; assistência com o desenvolvimento de contas nacionais de saúde para 15 países; e desenvolvimento de uma estrutura de avaliação e monitoramento para medir progresso dos países em direção a saúde universal. A Repartição também ajudou ministérios de saúde a solicitar maiores verbas para saúde junto aos ministros de finanças e instituições financeiras.

Mudança de paradigmas profissionais

6. Os sistemas de saúde que procuram assegurar a saúde universal devem priorizar a atenção primária à saúde e à prestação de serviços integrados por profissionais em equipes multidisciplinares, com ênfase especial nos grupos cujas necessidades de saúde foram tradicionalmente subatendidas. Em contrapartida, muitos sistemas de saúde nas Américas são fragmentados, com pouco pessoal de atenção primária à saúde e com grande concentração de médicos especialistas nas áreas urbanas.

7. Para abordar esses problemas, a Repartição colaborou com 10 países durante o período do relatório—Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, os Estados Unidos, Guatemala, Nicarágua, Panamá, e Venezuela—para mudar os paradigmas das faculdades de medicina em direção a uma “missão social” na educação de médicos e outros profissionais de saúde. A meta é produzir profissionais com capacitação e experiência em atenção primária e prestação integrada de cuidados de saúde, que estejam comprometidos

com as necessidades de saúde dos mais vulneráveis e, quando necessário, dispostos a clinicar em áreas subatendidas.

8. Durante o período de notificação, os peritos da Repartição trabalharam com ministérios de saúde e escolas de medicina nos 10 países participantes para definir os requisitos nacionais de educação de treinamento para profissionais nos postos de saúde comunitários e para formular recomendações técnicas para programas de formação profissional nestes centros. O projeto também produziu um conjunto preliminar de indicadores para medir progresso em incorporação do paradigma de missão social nas faculdades de medicina e na educação médica.

“Mais Médicos” no Brasil

9. Apesar do seu compromisso forte com a saúde universal, o Brasil—como muitos outros países—teve dificuldades em suprir as necessidades de saúde das populações vulneráveis e remotas comunidades. Realmente, o tamanho e geografia do Brasil fazem a meta da saúde universal especialmente desafiante.

10. O programa Mais Médicos do Brasil aborda esses desafios ao aumentar a disponibilidade de ensino da medicina nas universidades nacionais, aumentar os incentivos para que os profissionais da saúde trabalhem em áreas subatendidas e, conforme necessário, recrutar pessoal do exterior para prestar serviços de saúde em comunidades subatendidas. Desde seu início em 2013, o Mais Médicos ampliou o acesso à atenção primária a mais de 60 milhões de pessoas no Brasil. O país também investiu R\$5,6 bilhões (quase US\$1,8 bilhão²) em infraestrutura sanitária como parte do programa.

11. A Repartição apoiou o programa Mais Médicos com cooperação técnica e, especialmente, ajudou na integração dos membros das brigadas médicas internacionais cubanas. Em meados de 2015, mais de 11.400 médicos cubanos estavam participando do programa, além de cerca de 5.600 brasileiros e mais de 1.000 médicos e profissionais da saúde de outros países. A Repartição também ajudou o Brasil a desenvolver uma estrutura de avaliação e monitoramento para o programa e a documentar boas práticas e lições aprendidas a compartilhar com outros Estados Membros da OPAS.

12. Duas avaliações independentes do programa Mais Médicos mostraram resultados positivos.³ No primeiro estudo, 95% dos usuários informaram estar satisfeitos com o desempenho dos médicos participantes, e 86% disseram que a qualidade do atendimento havia melhorado com o programa. O segundo estudo descobriu que o tempo de espera nos postos de saúde havia caído 89% desde o início do programa, apesar de um aumento

² Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias citadas neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

³ Universidade Federal de Minas Gerais (abril de 2015); e Tribunal de Contas da União. Relatório de Auditoria. TC nº 005.391/2014-8.

de 33% na média mensal de consultas. O número de consultas a domicílio também havia aumentado 32%.

13. Para expandir a força de trabalho em saúde interna, o Brasil está em vias de criar 11.500 novas vagas em faculdades de medicina e 12.400 novas vagas de residência médica até 2017.

Novos modelos para cooperação pan-americana

Em março de 2015, a Repartição deu seguimento a sua proposta de Política para Cooperação para Desenvolvimento da Saúde nas Américas (documento [CD52/11](#) [2013]) de 2013, mediante convocação de uma consulta no Panamá. Cerca de 80 participantes de 26 Estados Membros compareceram, além dos representantes dos Estados Membros Associados, entidades de integração e organismos parceiros sub-regionais das Nações Unidas e sistemas interamericanos, para reexaminar a política e tecer recomendações sobre as estratégias e mecanismos para executá-la. Usando essas recomendações, junto com os resultados de uma pesquisa realizada em toda a Repartição e uma análise das experiências de cooperação entre países da OPAS de 2008 a 2013, a Repartição produziu uma nova proposta de marco para Cooperação entre Países para Desenvolvimento da Saúde (Cooperation among Countries for Health Development, CCHD).

Também durante o período deste relatório, a Repartição atualizou a Estratégia de Países-chave da OPAS, que orienta a cooperação técnica da Organização com Bolívia, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Suriname. Um grande objetivo era identificar enfoques específicos para proporcionar a esses países apoio especial para enfrentamento de seus desafios urgentes de saúde. A estratégia atualizada usa a estrutura da Estratégia País em Foco (Country Focus) da OMS e incorpora insumos dos chefes de departamento e representantes da OPAS/OMS. A versão definitiva foi apresentada ao grupo assessor sênior da OPAS em fevereiro de 2015 e aprovada pela alta administração para incorporação à cooperação técnica da Repartição.

Sistema Regulador do Caribe para Medicamentos e Tecnologias em Saúde

14. A garantia do acesso a medicamentos e tecnologias em saúde seguros e eficazes é uma função essencial de saúde pública e é fundamental para a saúde universal. Como parte dos esforços para formar capacidade nesta área nos Estados Membros, a Repartição trabalhou com os membros da Comunidade do Caribe (CARICOM) para desenvolver a iniciativa do Sistema Regulador do Caribe. Uma política de implementação e proposta para o sistema foi endossada pelos ministros da saúde da CARICOM em setembro de 2014.

15. A meta da iniciativa é aumentar o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde com garantia de qualidade, eficazes, de custo acessível e seguros para os pequenos estados insulares do Caribe, que enfrentam desafios especiais neste sentido. O sistema proposto será baseado na Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) e, inicialmente, se concentrará no registro de medicamentos genéricos prioritários que já tenham sido aprovados por uma autoridade reguladora nacional (ARN) de referência

regional indicada pela OPAS.⁴ Em uma segunda fase, o Sistema Regulador do Caribe se concentrará na farmacovigilância e vigilância pós-comercialização dos produtos registrados. A criação do sistema está sendo apoiada com recursos financeiros da Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA), mas o Sistema Regulador do Caribe será mantido cada vez mais através de tarifas pagas pelos laboratórios farmacêuticos.

Fundo Estratégico da OPAS

O Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública, conhecido como Fundo Estratégico da OPAS, continuou desempenhando uma função importante ao promover o acesso a insumos essenciais de saúde pública de alta qualidade para os Estados Membros. De junho de 2014 a junho de 2015, 17 países da Região usaram o Fundo para obter aproximadamente \$66 milhões em medicamentos e outros suprimentos essenciais de saúde pública; três países usaram capital do Fundo para evitar o risco de uma escassez de medicamentos. Durante o período do relatório, a OPAS emitiu seus primeiros acordos de longo prazo com fornecedores para estabelecer preços tabelados em todos os Estados Membros para 23 medicamentos utilizados no tratamento das doenças não-transmissíveis (DNTs).

Eliminação e controle de doenças infecciosas e preveníveis mediante vacinação

16. As doenças infecciosas continuaram a ser um grande desafio de saúde pública nas Américas, apesar da transição epidemiológica em direção às DNTs atualmente em curso. Durante o período ao qual este relatório se refere, os Estados Membros da OPAS progrediram significativamente na prevenção e controle das doenças transmissíveis. A ampla cooperação técnica da Repartição variou desde apoio para a eliminação de doenças negligenciadas e preveníveis mediante vacinação até ajudar países a obter financiamento externo para combater o HIV, a tuberculose e a malária.

Marco histórico: Eliminação da rubéola e da SRC

17. Um grande destaque deste período foi o anúncio, em abril de 2015, que a Região das Américas havia se tornado a primeira do mundo a eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita (SRC). A rubéola e SRC foram a terceira e a quarta doenças a ser eliminadas primeiro nas Américas, depois da varíola em 1971 e da poliomielite em 1994.

18. A declaração foi feita pelo Comitê Técnico Internacional para a Eliminação de Sarampo e Rubéola nas Américas, após ter revisado as evidências epidemiológica e determinado que nenhuma transmissão endêmica do vírus da rubéola ou caso de SRC havia ocorrido na Região desde 2009, excedendo o requisito de três anos para eliminação.

⁴ Em junho de 2015, as ARN designadas pela OPAS como sendo de referência regional incluíam a ANMAT (Argentina), ANVISA (Brasil), Health Canada, INVIMA (Colômbia), CECMED (Cuba), COFEPRIS (México) e FDA (Estados Unidos).

19. Este avanço foi a culminação de um esforço consolidado de 15 anos para eliminar o sarampo e a rubéola que foi coordenado pela Repartição e apoiado por ministérios da saúde, patronos e outros parceiros internacionais e profissionais de saúde em toda a Região. Ao fazer o anúncio, o Comitê Técnico Internacional afirmou que esperava declarar a eliminação do sarampo nas Américas em um futuro próximo.

20. O anúncio da eliminação da rubéola e da SRC veio durante a 13ª Semana anual de Vacinação nas Américas, realizada de 25 de abril a 2 de maio. Historicamente, a semana de vacinação desempenhou uma função chave de apoio à eliminação da rubéola e da SRC ao disponibilizar vacinas amplamente em toda a Região, especialmente às populações vulneráveis e de difícil acesso.

21. Com o slogan “Reforce seu poder! Vacine-se!”, a iniciativa de 2015 foi dirigida a mais de 60 milhões de crianças e adultos, com vacinas contra doenças que incluíam sarampo e rubéola, gripe sazonal, poliomielite e tétano neonatal. Mais de uma dúzia de países também aproveitaram a oportunidade para combinar a imunização com outras intervenções de saúde pública, inclusive a eliminação de parasitas e a suplementação de vitamina A, triagem de diabetes e hipertensão, teste de HIV, educação de saúde sexual e reprodutiva, e vacinação de animais domésticos. Além dos ministérios da saúde, outros parceiros incluíram UNICEF, UNAIDS, PNUD, o Sabin Vaccine Institute e os Centros para Controle e Prevenção de Doenças de Estados Unidos (CDC). Desde o seu início em 2003, a Semana de Vacinação nas Américas alcançou mais de meio bilhão de pessoas em todo o hemisfério.

Fundo Rotativo da OPAS

Como parte da abordagem integral de cooperação técnica em imunização da OPAS, o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas prestou apoio crucial a avanços na Região, inclusive a eliminação de doenças preveníveis mediante vacinação e a introdução de novas vacinas, como as contra rotavírus, doença pneumocócica e papilomavírus humano (HPV). Um avanço digno de menção foi a negociação bem-sucedida da Repartição para disponibilizar ambas as vacinas contra HPV atualmente no mercado para compras através do Fundo, com desconto.

Entre junho de 2014 e junho de 2015, o Fundo obteve mais de \$547 milhões em vacinas e \$3,5 milhões em seringas para os programas de vacinação dos 41 países e territórios participantes. O Fundo Rotativo da OPAS se tornou um exemplo para outras organizações internacionais e outras regiões da OMS de um mecanismo eficaz para assegurar um suprimento ininterrupto de vacinas acessíveis e de qualidade no complexo mercado global de vacinas. Aumentar a conscientização da dinâmica e dos desafios do mercado global de vacinas junto aos Estados Membros, apoiar o planejamento baseado em demanda e assegurar a disponibilidade de vacinas e outros insumos de qualidade de maneira oportuna são elementos essenciais da cooperação técnica da OPAS.

Mobilização de recursos do Fundo Global

22. Uma área chave de apoio aos esforços dos Estados Membros para combater as doenças infecciosas foi a ajuda da Repartição para a captação de recursos do Fundo

Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária. Durante o período do relatório, os funcionários da Repartição nos âmbitos regional e nacional trabalharam com gestores de saúde em 14 dos Estados Membros da Região aptos para receber recursos do fundo, em 23 propostas de financiamento que abordavam desafios específicos relacionados com HIV, TB e malária. Até junho de 2015, 11 dessas propostas haviam sido aprovadas pelo Fundo, representando \$146.895.670 em novos recursos, enquanto as 12 propostas restantes encontravam-se pendentes de análise técnica.

23. Os recursos catalisados pela OPAS durante o período custearão esforços para abordar questões que continuam repercutindo negativamente nas populações vulneráveis, tais como:

- Esforços para reduzir a alta prevalência de HIV no Haiti, calculada em 2,2% da população (dados de 2012), assim como a incidência e prevalência de tuberculose, que são as mais elevadas das Américas.
- Esforços para melhorar e ampliar o diagnóstico, tratamento e vigilância da malária no Suriname, com ênfase nas áreas de mineração, onde a doença ocorre de maneira generalizada apesar de progresso em outros lugares do país.
- Intervenções destinadas a reduzir a transmissão local de malária em Honduras em 45% e zerar a ocorrência de malária por *P. falciparum* até 2017. Os recursos custearão a melhor administração de casos, o controle integrado de vetores e a investigação e detecção de casos redobrada.

Preparativos para o Ebola

24. Depois do alastramento do Ebola na África Ocidental durante a segunda metade de 2014, a Repartição trabalhou proativamente com os Estados Membros para aumentar a conscientização e fortalecer preparativos para a possível chegada do vírus às Américas.

25. Em outubro de 2014, dias após os Estados Unidos confirmarem seu primeiro caso importado de Ebola, a Diretora da OPAS estabeleceu um grupo de trabalho para avaliar o risco de Ebola na América Latina e no Caribe e propor um conjunto de ações para melhorar os preparativos dos países. O resultado foi a Estrutura para Fortalecer os Preparativos Nacionais para a Doença do Vírus Ebola (DVE) nas Américas. Após consultas com os Estados Membros, a Repartição mobilizou 25 missões de país, dotadas de seus próprios peritos, assim como peritos da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), do escritório caribenho dos CDC dos Estados Unidos e da Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos da OMS (GOARN). Realizadas entre novembro de 2014 e janeiro de 2015, essas missões ajudaram os países a identificar suas brechas em relação a preparativos (vide quadro) e áreas prioritárias para a ação. Em uma terceira fase, a Repartição apoiou os países ao implementar as recomendações das missões e avaliar suas necessidades futuras.

Brechas nos preparativos para o Ebola

As missões de peritos da OPAS identificaram inúmeras brechas nos preparativos dos Estados Membros para a possível ocorrência de Ebola. Os achados das missões incluíram:

- 1) Alguns países dependem excessivamente da triagem em portos de entrada para identificar e prevenir a introdução de casos potenciais de doença do vírus Ebola (DVE) e não dão atenção suficiente aos serviços de saúde, onde o contato inicial de um primeiro caso é mais provável.
- 2) A capacidade epidemiológica e os serviços de saúde não se encontram bem coordenados: não se dá atenção suficiente à detecção de eventos incomuns de saúde e ao uso combinado de informação clínica e epidemiológica (por exemplo, constelações de sintomas incomuns e histórico de viagens) pelos profissionais de saúde.
- 3) A fragmentação dos serviços de saúde representa um desafio para o controle efetivo de eventos relacionados ao Ebola, da detecção ao tratamento e desinfecção.
- 4) O envio de amostras a laboratórios de Nível de Biossegurança (BSL)-4 nos Centros Colaboradores da OMS para confirmação da infecção pelo vírus Ebola apresenta enormes desafios. Somente quatro países possuem laboratórios de nível 3 com capacidade para diagnóstico da DVE.
- 5) Os países possuem áreas dedicadas de isolamento, mas poucos profissionais capacitados. Vários países provavelmente não possuem condições para tratamento de um caso potencial ou confirmado de DVE com segurança, devido a infraestrutura hospitalar precária e falta de programas de prevenção e controle de infecções.
- 6) Os países não possuem equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente para tratar um paciente em conformidade com os princípios de avaliação de risco para prevenção e controle de infecções. Além disso, possuem capacidade limitada para adquirir EPIs, devido à atual escassez global.

26. O apoio aos preparativos para o Ebola também incluiu ativação do sistema de gestão de incidentes da Repartição; o estabelecimento de um estoque regional de equipamentos de proteção individual; e capacitação em condutas clínicas no Ebola, comunicação de riscos, prevenção e controle de infecções, diagnóstico laboratorial e biossegurança. Durante 6 meses, mais de 1.600 profissionais foram treinados nestas áreas.

27. A Repartição também apoiou a resposta ao Ebola nos países da África Ocidental afetados, mobilizando 17 funcionários próprios e ajudando Estados Membros a mobilizar seus cidadãos.

28. Em esforços relacionados, a Repartição uniu-se à Organização dos Estados Americanos (OEA); à unidade regional do Banco Mundial para a América Latina e Caribe, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID); e ao Banco de Desenvolvimento da América Latina (CAF) para criar mecanismos financeiros para fortalecer as capacidades de preparativos e resposta dos países para enfrentar surtos de doenças epidêmicas emergentes, de acordo com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Como resultado deste trabalho, o Banco Mundial e o BID identificaram projetos de país cujo financiamento poderia ser reprogramado para

preparativos e resposta ao Ebola, e o CAF disponibilizou recursos financeiros através de uma linha de crédito. Além disso, o BID, junto com a OPAS e CARPHA, desenvolveu um projeto para fortalecer os preparativos para Ebola que serão implementados a partir da segunda metade de 2015.

Doenças emergentes transmitidas por mosquito

O Chikungunya—que surgiu nas Américas via Sint Maarten no final de 2013—continuou se espalhando pelo Caribe e além durante o período do relatório. Até junho de 2015, 40 países e territórios haviam notificado a transmissão local do vírus, para um total regional de mais de 1,5 milhões de casos e 238 mortes. Em colaboração com os CDC dos EUA, a Repartição criou e aplicou ferramentas para caracterização de casos e classificação de mortes por chikungunya, estabeleceu mecanismos para troca de amostras laboratoriais e forneceu reagentes laboratoriais e painéis de controle de qualidade para diagnóstico da doença aos países. A Repartição também publicou atualizações epidemiológicas semanais sobre a propagação da doença.

Em maio de 2015, o Brasil confirmou a primeira transmissão local nas Américas do vírus Zika, outro flavivírus que causa sintomas parecidos aos do chikungunya e da dengue. A Repartição, cooperando com outros parceiros, formulou e divulgou diretrizes técnicas e algoritmos para diagnóstico do vírus e facilitou a capacitação dos Estados Membros.

Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis

29. Os avanços em direção à eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e sífilis continuaram durante o período do relatório, em conformidade com a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita (documento [CD50/15](#) [2010]). A Repartição prestou cooperação técnica dirigida a países com grandes brechas de cobertura nos serviços essenciais, inclusive em capacitação, fortalecimento das redes de laboratórios e serviços e avaliações de países. Também foi elaborado um novo documento de orientação sobre a expansão dos exames de sífilis através de um processo regional de consenso em colaboração com os CDC dos Estados Unidos.

30. Em dezembro de 2014, a Repartição, com apoio da OMS e do UNICEF, publicou uma atualização do progresso regional em direção às metas fixadas no plano de ação de 2010. Entre os achados do relatório: entre 2010 e 2013, a realização de exames de HIV e orientação em mulheres grávidas aumentou 18%, atingindo 74% em âmbito regional; o tratamento antirretroviral aumentou mais de 57%, alcançando 93% das mulheres grávidas com HIV; e o índice de exame de sífilis em mulheres grávidas permaneceu estável em 80%. Além disso, os dados de sete países e territórios—Anguilla, Barbados, Canadá, Cuba, Estados Unidos, Montserrat e Porto Rico—foram altamente compatíveis com um perfil de eliminação da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis.⁵

⁵ A transmissão materno-infantil do HIV é considerada eliminada quando há menos de 50 casos por 100.000 nascidos vivos e ocorre em menos de 5% dos lactentes ou menos de 2% em não lactentes. A transmissão materno-infantil da sífilis é considerada eliminada quando há menos de 50 casos por 100.000 nascidos vivos.

31. Em março de 2015, as Américas se tornaram a primeira Região da OMS a realizar uma avaliação formal de validação da eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis em âmbito nacional, neste caso em Cuba. Em estreita colaboração com a OMS, a Repartição elaborou uma estratégia e ferramentas de validação, e a Diretora da OPAS nomeou um Comitê Regional de Validação independente para conduzir o processo, com apoio de peritos da Repartição e do UNICEF.

32. Como resultado deste processo, em junho de 2015, Cuba recebeu a validação da eliminação da transmissão materno-infantil de HIV e sífilis, tornando-se o primeiro país no mundo a obtê-la. Nesse ínterim, Barbados, as Ilhas Virgens Britânicas e a Jamaica protocolaram solicitações de validação da sua eliminação da transmissão materno-infantil de uma ou ambas as doenças.

Tuberculose e malária

33. Durante o período do relatório, quatro novas cidades—Cidade da Guatemala, Guatemala; Tijuana, México; Assunção, Paraguai; e Montevideu, Uruguai—se tornaram parte da Iniciativa Controle da Tuberculose em Grandes Cidades, uma iniciativa da OPAS apoiada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). Até junho de 2015, outras três cidades planejavam se associar, perfazendo um total de 11 cidades em toda a Região que participam deste programa inovador, que procura acelerar o controle da tuberculose ao usar um enfoque de toda a sociedade.

34. A Repartição tornou-se oficialmente parceira do Consórcio de Eliminação da Malária do Haiti, lançado em fevereiro de 2015 com um apoio financeiro de \$29,9 milhões da Bill and Melinda Gates Foundation para apoiar os esforços de eliminação da malária na ilha Hispaniola. Com os CDC dos Estados Unidos como líder, o consórcio inclui a OPAS, o Carter Center, a Clinton Health Access Initiative, a Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres e o Tulane University Center for Applied Malaria Research and Evaluation.

35. O trabalho do consórcio também contribuirá para alcançar as metas estabelecidas pela iniciativa Eliminação da Malária na Mesoamérica e Ilha Hispaniola, apoiada pelo Fundo Global, e o plano binacional de Haiti e República Dominicana para eliminar a malária e a filariose linfática da Ilha Hispaniola até 2020. Dos 21 países das Américas nos quais a malária é endêmica, 14 estão empreendendo esforços em direção à eliminação da malária. Em resposta a uma solicitação da Argentina, a Repartição e a OMS iniciaram o processo para certificar a eliminação da malária do seu território nacional.

Eliminação de doenças infecciosas negligenciadas

36. A Região também conseguiu avanços em direção à eliminação das doenças infecciosas negligenciadas, especialmente a oncocercose e a doença de Chagas, durante o período do relatório. Em setembro de 2014, o Equador se tornou o segundo país do

mundo (depois da Colômbia em 2013) a ter comprovadamente eliminado a oncocercose. Nos meses seguintes, Guatemala e México protocolaram suas solicitações de comprovação. Somente dois focos da doença permanecem nas Américas, ambos no território ianomâmi na fronteira entre Brasil e Venezuela.

37. Também em 2014, o Estado de São Paulo, Brasil, recebeu a comprovação de uma equipe internacional de especialistas convocada pela OPAS/OMS de que havia eliminado a doença de Chagas como problema de saúde pública. Apesar do progresso no Brasil e em outros países afetados, cerca de 6 milhões de pessoas nas Américas continuam sendo infectadas pela doença de Chagas.

Vinte anos dos “indicadores básicos”

Em 2014, a iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde e Perfis de País da OPAS celebrou o 20º aniversário da sua publicação “Situação de Saúde nas Américas: Indicadores básicos”. Este folheto de 12 páginas é publicado anualmente e fornece dados de alta qualidade e atualizados para orientar a cooperação técnica da Repartição e para facilitar o monitoramento e acompanhamento de metas regionais e mundiais de saúde. Dados são compilados, processados e analisados em colaboração com ministérios da saúde e planejamento e escritórios de estatística dos Estados Membros. A iniciativa faz parte do [Observatório Regional de Saúde](#) da OPAS/OMS.

Avanços na saúde animal

38. Em janeiro de 2015, o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) da OPAS, no Rio de Janeiro, celebrou o marco de três anos consecutivos sem ocorrência desta doença pecuária debilitante e frequentemente fatal nas Américas. Graças a esses esforços, a Bolívia, o Equador e o Paraguai receberam reconhecimento formal como países livres de febre aftosa pela OIE.

39. A ausência da febre aftosa assegura uma criação animal mais saudável e mais produtiva, promove a segurança alimentar e ajuda a manter o valor das exportações internacionais da Região, contribuindo assim para o desenvolvimento socioeconômico.

40. Para proteger esses avanços, o PANAFTOSA estabeleceu um banco de vacinas contra febre aftosa e antígenos (a pedido da Comissão sul-americana para a Luta contra a Febre Aftosa, COSALFA) e um novo laboratório de referência da Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas/Organização Mundial da Saúde Animal (FAO/OIE) para febre aftosa, no Laboratório Nacional Agropecuário em Minas Gerais.

41. No Caribe, a Repartição, em coordenação com a Universidade das Índias Ocidentais, o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e a FAO, lançou a série “One Health Leadership,” um programa de capacitação que promove ações transversais ao reunir profissionais dos setores da saúde, agricultura e meio ambiente. O programa é baseado na política “One Health” da CARICOM, que foi elaborada pela OPAS e pela FAO e ratificada pelos ministros da saúde da sub-região em 2014 e seus

ministros de meio ambiente em 2015. Esta série de política e liderança aborda questões de saúde na interface entre humanos, animais e o meio ambiente, inclusive segurança alimentar, turismo, zoonoses, suprimento e qualidade da água e mudança climática.

Combate ao ônus das doenças não transmissíveis

42. O número de pessoas sofrendo e morrendo de DNTs nas Américas continua aumentando, como resultado do crescimento e envelhecimento da população, e apesar de sucesso em reduzir os índices de doença cardiovascular. Os dados mais recentes da OPAS indicam que 4,5 milhões de pessoas morrem todos os anos de DNTs e seus fatores de risco na Região, 1,5 milhões deles prematuramente (entre os 30 e 69 anos). Minimizar este ônus crescente e seu impacto nos sistemas de saúde é essencial para assegurar o progresso em direção à saúde universal. Durante 2014 e 2015, a cooperação técnica da Repartição em matéria de DNTs variou desde apoio às legislações e regulamentações nacionais sobre o tabaco, o álcool e outros fatores de risco até estudos pilotos de um novo modelo para melhorar o tratamento e controle da hipertensão.

43. Um desenvolvimento importante nesta área foi a adoção pelos Estados Membros da OPAS de um novo Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (documento [CD53/9, Rev. 2](#) [2014]) em outubro de 2014. O primeiro do gênero em qualquer Região da OMS, o plano busca deter a epidemia de obesidade que está crescendo rapidamente na Região entre as crianças e jovens, a faixa etária cujo estado nutricional e padrões alimentares conformarão a saúde futura.

44. O plano se dirige aos ambientes cada vez mais “obesogênicos” nos quais as crianças estão crescendo nas Américas, como resultado da urbanização, modernização e comércio global. Essas forças aumentaram tanto a disponibilidade como a acessibilidade de alimentos e bebidas ultraprocessados, ricos em energia e pobres em nutrientes, às custas de alimentos frescos e integrais, e também reduziram as oportunidades de atividade física.

45. Para combater a essas condições, o plano propõe cinco linhas estratégicas de ação: 1) atenção primária à saúde e promoção da amamentação e da alimentação saudável; 2) melhoramento da nutrição escolar e dos ambientes de atividade física; 3) políticas fiscais e regulamentação da comercialização e rotulagem de alimentos; 4) outras ações multissetoriais; e 5) vigilância, pesquisa e avaliação.

Redução de fatores de risco para as DNTs através de regulamentação

46. Foi demonstrado que reduzir a exposição às bebidas alcoólicas, ao tabaco e aos alimentos insalubres ao tornar a “opção saudável a opção fácil” é uma das maneiras mais custo-efetivas de reduzir as DNTs. A nova iniciativa REGULA (Fortalecendo a Capacidade Reguladora para Fatores de Risco de DNT) da OPAS visa fortalecer as capacidades dos países para desenvolver e implementar medidas legislativas, regulamentares e fiscais com este fim. Os exemplos incluem aumentar os impostos sobre bebidas açucaradas, fornecer incentivos de preço para produtos alimentícios saudáveis,

colocar informações nutricionais e advertências de saúde na frente das embalagens e restringir a comercialização de produtos nocivos.

47. Durante o período do relatório, a Repartição elaborou um documento técnico de referência como parte da iniciativa REGULA e convocou um grupo de peritos do Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Estados Unidos, México e Peru para examinar o documento e propor linhas de ação para cooperação técnica nesta área. O grupo identificou quatro linhas chave de ação para a Repartição: *a)* vigilância de fatores de risco para DNT e avaliação de processos regulatórios; *b)* desenvolvimento de estruturas, financiamento e processos organizacionais para as entidades reguladoras; *c)* desenvolvimento de perícia técnica para controle do risco de DNT; e *d)* promoção de pesquisas sobre a eficácia da ação regulatória para reduzir o risco de DNT e sobre boas práticas nesta área.

48. Em janeiro de 2015, a Repartição reuniu peritos em comercialização e regulamentação do álcool de países de Américas e da Europa, além da Austrália, Índia e África do Sul, para examinar evidências a respeito dos efeitos da comercialização de álcool, principalmente em jovens, e da eficácia de regulamentação voluntária em vez de estatutária. Os peritos chegaram à conclusão de que a publicidade e propaganda de álcool devem ser regulamentadas, monitoradas e avaliadas pelos governos independentemente da indústria de álcool e que as proibições integrais da propaganda de álcool são mais eficazes. Eles solicitaram à Repartição que orientasse os Estados Membros a elaborar e sancionar legislação neste sentido.

Consórcio SaltSmart

O Consórcio SaltSmart da OPAS é um exemplo da colaboração voluntária entre os defensores de causa da saúde e o setor privado para impulsionar metas de saúde pública. A iniciativa se baseia nos esforços bem-sucedidos para persuadir os fabricantes de alimentos em vários países das Américas a reduzir o conteúdo de sal dos alimentos processados, conforme as recomendações globais e regionais para a redução da hipertensão e doença cardiovascular. Em 2014, o consórcio produziu uma série de princípios e metas específicas para orientar os esforços em toda a Região para reduzir o sal nos alimentos, de pão e biscoitos a sopas e carnes processadas.

Apoio aos países em defesa da regulamentação do mercado

49. Não inesperadamente, as leis e regulamentações obrigatórias visando reduzir o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados provocam resistência dos fabricantes destes produtos. A oposição da indústria vai desde esforços para influenciar o público e os debates intragovernamentais até ações judiciais para bloquear a implementação de tais medidas.

50. A pedidos de alguns Estados Membros, a Repartição apoiou os governos não somente nos aspectos técnicos de legislação e regulamentação eficaz, como também no combate às tentativas da indústria de enfraquecer essas medidas. Exemplos durante o período ao qual se refere este relatório incluíram:

- A Repartição apresentou petição *amicus curiae* a favor do Uruguai, defendendo uma lei de controle do tabaco que está sendo contestada pela Philip Morris International no Centro Internacional de Resolução de Disputas sobre Investimentos.
- No Equador, a Repartição prestou apoio semelhante às regulamentações que exigiam a colocação das informações nutricionais na frente das embalagens de alimentos processados.
- A Diretora da OPAS prestou apoio por escrito à legislação sobre alimentos saudáveis para as crianças e adolescentes ao comitê de saúde do Congresso do Peru e ao ministro da saúde, enquanto os peritos técnicos da Repartição apresentaram evidências para subsidiar as discussões sobre novas regulamentações para implementar a lei.
- Na Jamaica, a OPAS ajudou o Ministério da Saúde a defender novas medidas de controle do tabaco, sob protestos da indústria, inclusive através da promoção de causa na esfera dos altos ministérios.
- Recentemente, a Representação da OPAS/OMS no Chile se associou com a representação da FAO no país para combater tentativas da indústria de bloquear a execução de novos regulamentos que exigiam etiquetas de advertência na frente da embalagem de alimentos processados ricos em açúcar, sal ou gordura saturada.

51. Também durante o período, Nicarágua e Uruguai se tornaram os primeiros países do mundo a ratificar o novo Protocolo da OMS para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco.

Abordagem dos determinantes sociais e ambientais da saúde

52. Somando-se à lista de marcos em saúde pública do ano passado, o 53º Conselho Diretor da OPAS aprovou o Plano de Ação sobre Saúde em Todas as Políticas (documento [CD53/10, Rev. 1](#) [2014]), o primeiro do gênero entre as regiões da OMS. O plano promove um enfoque de política pública que considera sistematicamente as possíveis repercussões sanitárias de todas as decisões de política, procura criar sinergias para proteger e promover a saúde e trata os fatores socioambientais que repercutem na saúde.

53. A Repartição convocou uma consulta de peritos em março de 2015 na qual eminentes peritos globais produziram um guia quinquenal com recomendações e ações propostas para implementação do plano regional de ação. Conforme suas recomendações, a Repartição estabeleceu uma força-tarefa especial para definir um grupo de indicadores centrais com base nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que possa ser usado para promover ações intersetoriais e monitorar seu impacto em saúde. A força-tarefa também prestará assessoria técnica e orientação baseada sobre a implementação dos ODS aos países, sob demanda.

54. Também de acordo com as recomendações da consulta, o Suriname promoveu o primeiro treinamento sub-regional sobre saúde em todas as políticas para técnicos ministeriais, assessores de política e membros de organizações não governamentais.

Liderar pelo exemplo: Novos indicadores da desigualdade em saúde

As médias nacionais são indicadores deficientes para a análise e abordagem das desigualdades em saúde. Como parte do seu compromisso de longa data com a equidade na saúde e o desenvolvimento sustentável, em 2014, a Repartição adotou uma nova série de métodos para medir mudanças na desigualdade em saúde. Esses métodos, que foram submetidos a uma análise crítica rigorosa, constam de duas medidas de desigualdade para uso conjunto com quatro indicadores essenciais: mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade precoce decorrente de DNTs e mortalidade sensível à atenção em saúde, ou seja, as mortes prematuras que não haveriam ocorrido na presença de assistência em saúde oportuna e eficaz.

Os novos métodos de medição são um indicador absoluto gradativo, o “coeficiente angular de desigualdade,” e um indicador relativo de brechas, a “diferença de intervalo relativa”. Ambos devem ser aplicados aos quatro indicadores de saúde mencionados acima, usando grupos de país definidos pelo Índice de Necessidades de Saúde estabelecido na política orçamentária da OPAS. Os novos métodos de medição foram aprovados pelo Conselho Diretor da OPAS em 2014, e sua adoção faz da Repartição a primeira Repartição Regional da OMS—e a primeira agência do Sistema das Nações Unidas—a usar indicadores e metas de equidade em saúde quantificáveis para avaliar o impacto dos seus próprios programas de cooperação técnica.

Mudança climática e saúde

55. A mudança climática é reconhecida como uma grave ameaça à saúde pública. No âmbito global, a OMS calcula que, entre 2030 e 2050, a mudança climática causará 250.000 mortes adicionais por ano devidas a desnutrição, malária, diarreia e intermação.

56. Como parte do trabalho nesta área, a Repartição assumiu um papel de liderança na 20ª Conferência das Partes à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança Climática (UNFCCC CoP20), realizada em dezembro de 2014 em Lima, Peru. Junto com o ministro da saúde do Peru, a Repartição ajudou a persuadir os negociadores a incluírem a saúde (que havia sido omitida) nos documentos de trabalho e considerar explicitamente as dimensões de saúde da mudança climática, principalmente em relação a questões de equidade. Este avanço criou condições para a comunidade de saúde pública assegurar que a saúde e equidade na saúde sejam priorizadas no texto “elementar” a ser negociado em dezembro de 2015. Também criou oportunidade para destacar os benefícios sanitários das ações de mitigação bem planejadas, inclusive as destinadas a reduzir a poluição do ar.

57. Também durante o período do relatório, a Repartição reuniu representantes de 15 países da Região para preparar para a implementação das Diretrizes de Qualidade do Ar da OMS, que buscam mitigar a poluição do ar e seu impacto tanto na mudança climática como na saúde em âmbito local. No contexto das diretrizes, os participantes examinaram os programas nacionais existentes em seus países para reduzir o uso de combustíveis sólidos e realizar a transição a tecnologias e combustíveis mais limpos.

Serviços de saúde inteligentes no Caribe

58. Furacões, tempestades tropicais e outros desastres climáticos podem dificultar significativamente o acesso aos serviços de saúde. Porém, o setor de saúde contribui muito para a mudança climática devido ao impacto ambiental dos serviços de saúde. A iniciativa Hospitais Inteligentes da OPAS ajuda os países a reduzir a pegada ambiental dos serviços de saúde novos ou existentes e aumentar sua segurança e resiliência em caso de desastres.

59. Durante o período deste relatório, a Repartição trabalhou com as autoridades de saúde e resposta aos desastres em Belize, Granada e Ilhas Virgens Britânicas para analisar os serviços de saúde existentes e propostos usando a lista de verificação de Hospitais Inteligente, para aumentar sua eficiência de uso de água e eletricidade e reduzir riscos. O Ministério da Saúde de Belize usou os resultados da análise para persuadir o Ministério da Fazenda a alocar mais recursos ao setor da saúde.

60. Depois de uma fase inicial bem-sucedida da iniciativa de Hospitais Inteligentes em São Cristóvão e Nevis, em maio de 2015, o Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional (DFID) decidiu estender seu apoio à implementação da iniciativa em Dominica, Granada, Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas.

Relatório regional sobre segurança viária

61. Em maio de 2015, a Repartição publicou seu último Relatório sobre a Segurança Viária na Região das Américas. O relatório revela que 150.000 pessoas morreram de lesões causadas por acidentes de trânsito na América Latina e Caribe em 2010. Dessas mortes, 27% foram pedestres, 20% motociclistas e 3,7% ciclistas. O relatório também observa que 42% da população da América Latina e Caribe está protegida por leis sobre álcool e direção. Porém, dos 14 países cuja legislação estabelece limites de alcoolemia, somente cinco—Costa Rica, Equador, Honduras, Panamá e São Vicente e Granadinas—informam ter fiscalização rigorosa. Igualmente, as leis sobre o uso de capacetes por motociclistas melhoraram, mas é preciso mais esforço para fazer cumpri-las e assegurar que os capacetes atendam as normas de qualidade. O relatório prevê maior fiscalização das leis de trânsito para reduzir mortes na estrada e principalmente para proteger os usuários mais vulneráveis.

Relatório de situação sobre a prevenção da violência nas Américas

62. Em março de 2015, a Repartição publicou o Relatório de Situação sobre a Prevenção da Violência na Região das Américas, 2014, que proporciona informações atualizadas sobre a prevenção da violência interpessoal nas Américas, com base no Relatório Global sobre Prevenção da Violência de 2014, um relatório colaborativo produzido pela OMS e seus Escritórios Regionais, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC).

63. Para o relatório regional, a Repartição colheu informação de 21 países nas Américas, representando 88% da população da Região. O relatório calcula que, em 2012, houve 165.617 mortes por homicídio nos países de baixa e média renda da América Latina e Caribe, das quais três quartos foram por arma de fogo. Isto representa 28,5 homicídios por 100.000 habitantes, mais do que quatro vezes o índice global de homicídio (6,7 por 100.000). O relatório também descobriu que três quartos dos países da Região têm planos de ação nacionais para reduzir a violência, e todos os países têm leis que regulamentam as armas de fogo. Porém, um terço destes apresentavam dados faltantes, o que indica que grande parte do planejamento e tomada de decisões é realizado sem evidências.

64. O relatório de situação apoiará a formulação de políticas nos Estados Membros e a elaboração de planos e iniciativas eficazes, inclusive programas para reduzir a disponibilidade e o uso prejudicial do álcool, leis e programas para reduzir o acesso a armas de fogo e armas brancas, esforços para mudar normas de gênero que ajudam a perpetuar violência contra a mulher, programas para melhorar a criação das crianças pelos pais e construir habilidades sociais em crianças e adolescentes e campanhas de informação pública para prevenir maus-tratos aos idosos.

Promovendo a saúde materna, da criança e do adolescente

65. A saúde materna continua sendo uma área de grande preocupação em toda a Região e um desafio especial para o progresso em direção à saúde universal. O Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 foi um dos poucos ODM que a América Latina e o Caribe não conseguiram: embora a mortalidade materna tenha diminuído em média 2,2% ao ano, isso foi menos da metade da redução (5,5% ao ano) necessária para atingir o ODM 5. Esta insuficiência foi devida a brechas nas capacidades dos países de assegurar serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais, de qualidade e universalmente disponíveis, além da pobreza e outros determinantes sociais da saúde.

66. Uma área prioritária da ação durante o período deste relatório foi melhorar a capacidade dos profissionais da saúde na atenção perinatal de responder à hemorragia obstétrica, uma das principais causas de mortalidade materna. Esses esforços fizeram parte da iniciativa “Zero Mortes Maternas por Hemorragia”, encabeçada pelo Centro Latino-americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR) da OPAS, com apoio da Federação Latino-americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia. A iniciativa se destina às áreas subnacionais com altos níveis de mortalidade materna alta (mais de 70 óbitos por 100.000 nascidos vivos). Os países participantes incluem Bolívia, República Dominicana, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Paraguai e Peru.

67. A Repartição capacitou os profissionais da saúde desses países em tratamento eficaz da hemorragia obstétrica na clínica e através de planos de trabalho nacionais. A Repartição também forneceu 16 simuladores de parto e 32 vestimentas antichoque não pneumáticas para uso em oficinas de nível nacional, nas quais foram treinados cerca de 210 profissionais de saúde adicionais. Recentemente, a Nicarágua adotou a mesma abordagem de treinamento.

68. As complicações do aborto inseguro são outra causa principal da mortalidade materna na Região. É muito difícil coletar dados a respeito devido à clandestinidade do aborto e à falta de registros confiáveis de eventos relacionados nos sistemas de saúde dos países. Porém, a OPAS calcula que cerca de 4 milhões de mulheres ao ano façam abortos na América Latina, a grande maioria em condições inseguras.

69. Para melhorar a coleta de dados sobre o aborto (tanto legal quanto clandestino) e sobre a qualidade do atendimento às mulheres que se submetem a ele, o CLAP/SMR desenvolveu uma Ficha Clínica de Aborto para seu Sistema de Informação Perinatal (SIP). Em abril de 2015, o CLAP/SMR e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia convocaram peritos em toda a Região ao Panamá para validar o formulário A-SIP. Os peritos produziram um plano de trabalho de 6 meses para refinar a ficha conforme as necessidades dos países e incorporá-la aos aplicativos móveis e online do SIP. A OMS também está pretendendo usar o formulário A-SIP para lançar um estudo multinacional sobre atendimento no aborto.

Uma promessa renovada para as Américas

Durante o período deste relatório, a Repartição serviu como secretaria técnica da “Promessa Renovada para as Américas”, um movimento interinstitucional para reduzir as iniquidades profundas em saúde reprodutiva, materna, neonatal, da criança e do adolescente que persistem na América Latina e no Caribe. Trabalhos durante o período incluíram a identificação de déficits e oportunidades de financiamento, a criação de um banco de dados digital para artigos e documentos sobre desigualdade em saúde e uma série de eventos regionais para fomentar discussões políticas e técnicas sobre equidade em saúde materno-infantil.

No nível nacional, o movimento começou uma série de oficinas de treinamento para capacitar os ministérios da saúde em medição e monitoramento das desigualdades de saúde em âmbito nacional e estadual.

70. A gravidez na adolescência tem um grande impacto sobre a saúde materno-infantil e os resultados socioeconômicos. Essas gestações aumentam os riscos para a saúde tanto das mães como de seus filhos e limitam as oportunidades de educação e emprego futuro das adolescentes. A OPAS vem desempenhando um papel essencial ao mobilizar parcerias e ações estratégicas para abordar este problema na região da América Latina e Caribe, cuja taxa de fecundidade na adolescência é segunda maior do mundo (superada somente pela África subsaariana).

71. Em 2014, o Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA) e as primeiras-damas da América Central apoiaram um plano sub-regional para evitar a gravidez na adolescência com base nos resultados de um simpósio internacional encabeçado pela Repartição neste mesmo ano. As áreas prioritárias incluem melhorar os serviços de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes, capacitação de profissionais de saúde, promoção de ambientes legislativos e políticos

simpáticos à causa, expansão e melhoramento da educação sexual e maior participação dos jovens. A Repartição está apoiando a implementação do plano nos países.

Temas transversais: Gênero, equidade, direitos humanos e etnia

72. O Plano Estratégico da OPAS especifica quatro temas transversais—gênero, equidade, direitos humanos, e etnia—que devem ser incorporados prioritariamente em todo o espectro de cooperação técnica da Organização. Em dezembro de 2014, a Diretora estabeleceu um novo grupo de trabalho interprogramático responsável por facilitar este processo. Suas responsabilidades incluem assegurar que a informação relevante a esses temas seja dividida através de diferentes departamentos e unidades e a elaboração e execução de iniciativas para promover trabalho colaborativo nessas áreas. Durante o período deste relatório, o grupo de trabalho organizou um curso para todos os funcionários da OPAS sobre determinantes sociais da saúde no contexto dos temas transversais. Os participantes foram incentivados a identificar maneiras práticas de incorporar esses temas em seu trabalho, e os resultados foram usados para finalizar uma coletânea de diretrizes para integrar os temas transversais no trabalho da Organização.

73. Em resposta a uma ordem do 52º Conselho Diretor da OPAS para abordar as disparidades no acesso e uso dos serviços de saúde por lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans (LGBT) (documento [CD52/18](#) [2013]), a Repartição organizou a primeira Reunião Regional sobre a Saúde das Pessoas LGBT e Direitos Humanos em dezembro de 2014. Representantes de ministérios da saúde, organizações de direitos humanos, universidades e da sociedade civil se reuniram para discutir as barreiras ao acesso aos serviços de saúde pelas pessoas LGBT, assim como experiências bem-sucedidas em superar essas barreiras. Entre outros resultados, a reunião produziu recomendações para estratégias e iniciativas para coletar e analisar dados sobre quão bem os serviços de saúde da Região estão suprindo as necessidades da comunidade LGBT.

74. Na área de gênero e saúde, a Repartição completou uma avaliação final do plano de ação 2009-2014 para a Política de Igualdade de Gênero (documento CD54/INF/2 [2015]), baseado em autoavaliação de 32 países e territórios. Os principais resultados incluíram:

- A proporção dos Estados Membros com políticas e planos de gênero e saúde aumentou de 47% em 2011 para 59% em 2014.
- A proporção de países com orçamentos para gênero e saúde aumentou de 39% para 44%.
- As unidades técnicas da Repartição informaram usar dados desagregados por sexo em 72% das diretrizes produzidas entre 2009 e 2014.
- 88% dos Estados Membros informaram usar tais dados nas suas próprias diretrizes.
- Somente 20% dos Estados Membros informaram monitorar ativamente os compromissos do setor da saúde sobre a transversalização de gênero.

75. O relatório chega à conclusão de que a Repartição e os Estados Membros da OPAS conseguiram avanços na execução da Política de Igualdade de Gênero, mas este progresso é desigual. Clama por alocações orçamentárias mais sustentáveis para esta área de trabalho e mais coleta e análise de dados desagregados por gênero para apoiar ações de promoção de causa, formulação de políticas e programação.

Parcerias para prontidão para situações de emergência e resposta em saúde

76. O trabalho da OPAS na gestão de desastres procura aumentar a capacidade do setor da saúde de prevenir ou reduzir as consequências sanitárias de emergências, desastres e crises. Em 2014, a Repartição prestou cooperação técnica e mobilizou recursos para redução de risco, preparativos e resposta a desastres na América Latina e no Caribe. Isso incluiu mais de \$8,6 milhões em ajuda humanitária para suprir as necessidades de saúde das pessoas afetadas por inundações na Bolívia e no Paraguai, pela seca e escassez alimentar na Guatemala e Honduras e por condições climáticas extremas em três países do Caribe Oriental. A Repartição também continuou tratando as necessidades humanitárias das populações deslocadas na Colômbia e ajudando a recuperar a saúde no Haiti.

77. Durante o período, a OPAS continuou a liderar a integração da administração integral de desastres no setor da saúde dos Estados Membros da CARICOM. A Repartição contribuiu para a finalização de uma estratégia sub-regional e estrutura programática para 2014-2024 com base neste enfoque, assim como um plano de ação e uma estrutura para monitoramento de desempenho. A Repartição também está apoiando o estabelecimento de uma nova equipe de Avaliação e Coordenação em Desastres da CARICOM (CDAC) que pretende melhorar o apoio aos países durante as emergências e coordenar melhor a avaliação de danos e análise de necessidades. O treinamento para os membros da equipe de CDAC começou em maio de 2015, e esperava-se que as equipes estivessem operacionais o mais tardar em agosto de 2015.

78. Peritos da Repartição também apoiaram o Grupo de Parceiros de Desenvolvimento do Caribe Oriental sobre Gestão de Desastres, que facilita a coordenação de assistência emergencial externa a países do Caribe Oriental afetados por grandes desastres. Em fevereiro de 2014, a Repartição participou de um exercício pós-ação para examinar a resposta de emergência a chuvas intensas que afetaram Santa Lúcia e São Vicente e Granadinas em 2013.

79. A Repartição também fortaleceu sua coordenação com os 35 membros do Grupo de Trabalho de Riscos, Emergências e Desastres para a América Latina e Caribe (REDLAC), coordenado pelo Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA). Os peritos da Repartição ajudaram a revisar um curso sobre a nova arquitetura humanitária, lideraram sessões sobre saúde durante eventos internacionais para melhorar a resposta aos desastres e participaram de esforços para melhorar a coordenação intergrupos e interinstitucional durante emergências.

80. Em coordenação com a Organização Andina de Saúde (ORAS-CONHU), a Repartição continuou trabalhando com os ministérios de saúde da região andina para colocar em prática as linhas estratégicas do Plano Estratégico sub-regional para a Gestão de Riscos de Desastre no Setor da Saúde (2013-2017). Durante 2014, a Repartição apoiou a incorporação do plano em nível político nos ministérios da saúde de Equador e Chile; a organização de exercícios de simulação entre países para Peru e Bolívia, Colômbia e Equador, e Chile e Peru; e a elaboração de planos para emergências transfronteiriças.

Promovendo a saúde na agenda interamericana

81. Como parte dos seus esforços para promover a saúde universal e manter a saúde no topo da agenda política da Região, a Repartição colaborou com o Grupo de Trabalho Conjunto e Grupo de Revisão e Implementação de Cumes da Organização dos Estados Americanos (OEA) em um documento de “Mandatos para Ação” preparado para a VII Cúpula das Américas, realizada no Panamá em abril de 2015. A Repartição proporcionou subsídios técnicos durante as discussões que levaram a um consenso entre os Estados Membros da OEA em oito parágrafos relacionados com a saúde que estavam incluídos no documento final. Os parágrafos apoiaram questões de saúde prioritárias que incluíam acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, resposta a surtos e o Regulamento Sanitário Internacional, DNTs, água e saneamento, alimentação e nutrição e saúde materno-infantil.

82. Em esforços relacionados, a Repartição contribuiu para o desenvolvimento de uma nova Convenção Interamericana sobre os Direitos Humanos das Pessoas Idosas. Através de sua participação em um grupo de trabalho especial da OEA, peritos da Repartição ajudaram a incorporar questões relacionadas à saúde de especial relevância para os idosos, inclusive acesso a cuidados paliativos, direitos humanos nos serviços de atenção a longo prazo, acesso preferencial a serviços de saúde integrais e mecanismos legais para garantir consentimento informado e para a expressão explícita de preferências a respeito de suporte das funções vitais. A convenção foi adotada pela Assembleia Geral da OEA em junho de 2015 e é o primeiro tratado internacional sobre os direitos dos idosos.

Capítulo II. Melhoramento da eficiência e eficácia institucional

83. Durante o período deste relatório, a Repartição continuou empreendendo esforços para fortalecer a eficiência da organização, controlar riscos de maneira eficaz, melhorar a transparência e responsabilidade e assegurar ética e tratamento justo no local de trabalho.

Supervisão interna e serviços de avaliação

84. Um desenvolvimento importante durante o período foi uma iniciativa nova de supervisão projetada para melhorar o processo de avaliação dentro da Repartição. Historicamente, este processo sofreu de uma falta de coordenação das tarefas de avaliação que examinam objetivamente o desempenho e o impacto dos programas e atividades. Grande parte desta atividade de avaliação foi realizada por parceiros externos de financiamento. Embora os relatórios de avaliação tenham revelado lições importantes para a Repartição, os resultados em geral se limitam a programas individuais ou representações específicas, com pouco intercâmbio de lições aprendidas através da Repartição.

85. Em março de 2015, a Repartição produziu o primeiro de uma série planejada de relatórios semestrais que consolidarão as grandes lições aprendidas dos relatórios de avaliação para divulgação em toda a Organização. A meta é abrir caminho para o uso de avaliações cujo alcance se estenda além de programas ou representações individuais, de modo a favorecer melhoramentos e processos de tomada de decisão da Repartição e adicionando a ambos a memória institucional e o desenvolvimento institucional.

86. Também na área de supervisão interna, a Repartição contratou um auditor interno no final de 2014 para avaliar os riscos e controles internos do programa Mais Médicos no Brasil. O auditor realizará quatro auditorias internas anuais enquanto o programa operar.

Tecnologia da informação e administração

87. Um dos desenvolvimentos internos mais importantes durante o período deste relatório foi a implementação de partes essenciais do novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS). Esta iniciativa de \$22,5 milhões modernizará e melhorará o apoio às operações e cooperação técnica da Repartição. Durante a segunda metade de 2014 e a primeira metade de 2015, o módulo de Gestão de Capital Humano e o componente de folha de pagamento do projeto (fase 1) foram implementados, e a implementação da parte de finanças do sistema foi iniciada (fase 2, a ser concluída no início de 2016). A fase 1 substituiu muitos dos sistemas de recursos humanos preexistentes da Repartição, enquanto a fase 2 substituirá os seguintes sistemas financeiros centrais: AmpesOmis, AMS/FMS (*Award Management System/Financial Management System*), FAMIS (*Financial Accounting Management Information System*), ADPICS (*Advance Purchasing Inventory Control System*), e SOS (*Simplified Online Search*). Alguns outros sistemas existentes continuarão operando fora do PMIS, inclusive os de recrutamento eletrônico, impostos, pensão, seguro de saúde e SharePoint.

88. A capacitação formal em PMIS para o pessoal da Sede começou em novembro de 2014 e continuou até fevereiro de 2015. Um Centro de Apoio de Lançamento (*Go Live Support Center*) ajudou o pessoal durante o processo de lançamento, e as lições aprendidas na fase 1 foram documentadas para ajudar a melhorar as funcionalidades na fase 2. O projeto PMIS permanece dentro do orçamento e dentro do prazo, e a data do lançamento completo continua sendo janeiro de 2016, como programado.

89. Na área de tecnologia da informação (TI), a Repartição completou uma avaliação minuciosa de TI durante o período, que produziu 24 recomendações para modernização desta área chave de apoio institucional. Essas recomendações foram incorporadas em uma nova estratégia de TI que responde a importantes mudanças nas necessidades e ambiente de TI da Repartição, inclusive a introdução do novo PMIS, demandas crescentes dos programas técnicos da OPAS para melhoria nos sistemas de TI da Repartição, a proliferação de serviços baseados na nuvem, a expectativa de uma rotatividade excepcionalmente alta de pessoal de TI nos próximos cinco anos, os desafios de segurança da informação e a expansão das redes sociais no local de trabalho.

90. A nova estratégia fornece uma estrutura para a administração de TI, um mecanismo para determinar níveis de investimento e alocações através de todo o portfólio de TI e um ponto de referência para despesas totais de TI. A Repartição também revisou seu processo obsoleto de governança em TI para melhorar a tomada de decisão e priorização para todos os projetos e investimentos relacionados a TI.

Fomentando a excelência e a ética no desempenho do pessoal

91. A Repartição continuou a desenvolver sua estratégia de recursos humanos, a “Estratégia de Pessoas da OPAS”, com a meta de fortalecer o recurso mais importante da Organização: seu capital humano. A estratégia busca assegurar que a Repartição consiga atrair e reter grandes talentos, com as capacidades e competências corretas, e que o ambiente de trabalho da Repartição seja condizente ao melhor desempenho dos funcionários. Durante o período deste relatório, os grupos de trabalho avançaram em três áreas da estratégia: arquitetura da força de trabalho, renovação de habilidades e modernização das representações e centros. Cinco pesquisas de pessoal foram realizadas e os resultados compartilhados com os três grupos de trabalho para serem usados na formulação das recomendações que devem ser apresentadas à Gestão Executiva em julho de 2015.

92. A Repartição também continuou empreendendo esforços para fomentar condutas éticas nas operações e atividades da Repartição. Duas iniciativas importantes foram empreendidas durante o período deste relatório para melhorar a conscientização do pessoal sobre as questões éticas.

93. A primeira foi um novo programa de divulgação de conflitos de interesses, iniciado em novembro de 2014 e elaborado para assegurar que os interesses particulares

dos funcionários não interfiram com as suas responsabilidades oficiais na Organização. O programa consta de um questionário que foi inicialmente expedido a 125 funcionários seniores através de uma pesquisa on-line, que será repetida anualmente. A pesquisa dá os funcionários de Repartição a oportunidade de revelar informações pertinentes para permitir que o Escritório de Ética da Repartição identifique os conflitos de interesses em potencial que poderiam surgir como resultado das relações e atividades de funcionários fora da OPAS.

94. Na segunda iniciativa, mediante recomendação do Comitê da Auditoria da OPAS, o Escritório de Ética colaborou com a Representação da OPAS/OMS no Brasil para fornecer treinamento tanto em português como em espanhol a toda a equipe do programa Mais Médicos. O treinamento concentrou-se em riscos potenciais do programa; esforços da Repartição e iniciativas existentes para prevenir e combater fraudes, corrupção e faltas graves no local de trabalho; e políticas e programas elaborados para promover um ambiente de trabalho no qual todos são tratados com dignidade e respeito.

Capítulo III. Olhando para o futuro: Posicionando a OPAS para a era dos ODS

95. Para a comunidade internacional de desenvolvimento, 2015 marca o fim de uma era e o momento de avaliar o progresso obtido em âmbito global, regional e nacional para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Dados recentes mostram que, ao final de 2015, as Américas como uma Região muito provavelmente terão alcançado todos os ODM relacionados com a saúde, exceto um. Notadamente, a Região não conseguiu as reduções de mortalidade maternas requeridas pelo ODM 5, mas em outros indicadores relacionados com a saúde, o progresso da Região manteve um ritmo adequado.⁶

96. Vale a pena celebrar este progresso, mas ele não foi suficiente para superar as iniquidades em saúde profundas e de longa data que existem entre e dentro dos países da Região. A mortalidade materna e infantil permanece alta em alguns países da Região, principalmente entre os pobres e nos grupos vulneráveis. As taxas de fecundidade na adolescência continuam altas devido a necessidades não atendidas de contracepção e educação em saúde insuficiente—problemas que também contribuem para a propagação da infecção pelo HIV/AIDS. Enquanto isso, muitas pessoas na Região, principalmente em áreas rurais, não tem acesso ao saneamento básico, expondo essas pessoas—especialmente crianças—a um risco elevado de muitas doenças.

97. Manter os ganhos da era dos ODM será fundamental para a saúde e desenvolvimento futuros das Américas, mas vencer as brechas remanescentes é claramente o maior desafio para a região após 2015. Quais lições foram aprendidas neste sentido ao buscarmos os ODM, e como podem ser aplicadas aos esforços da Repartição e dos países para alcançar os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)?

Figura 1

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	
1.	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
2.	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição, e promover a agricultura sustentável.
3.	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
4.	Garantir educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizado ao longo da vida para todos.
5.	Alcançar igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
6.	Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos.
7.	Garantir acesso à energia barata, confiável, sustentável e moderna para todos.

⁶ Uma análise adicional encontra-se no Relatório da OPAS “Progress on the Health-related Millennium Development Goals”, que será distribuído durante o 54º Conselho Diretor em setembro/outubro de 2015.

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

8. Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo, e trabalho decente para todos.
9. Construir infraestrutura resiliente, promover a industrialização inclusiva e sustentável, e fomentar a inovação.
10. Reduzir a desigualdade entre os países e dentro deles.
11. Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
12. Assegurar padrões de consumo e produção sustentáveis.
13. Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos.*
14. Conservar e promover o uso sustentável dos oceanos, mares e recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável.
15. Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, bem como deter e reverter a degradação do solo e a perda de biodiversidade.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
17. Fortalecer os mecanismos de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

* Reconhecendo que a Convenção Marco das Nações Unidas sobre a Mudança Climática é o principal fórum intergovernamental internacional para negociar a resposta mundial à mudança climática.

Fonte: Versão preliminar do documento para a adoção da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 pela Cúpula da ONU (A/69/L.85 [2015])

98. Os ODS representam uma agenda ambiciosa, mais ampla e ousada do que a visão centrada dos ODM. Em contraposição aos três (de oito) ODM explicitamente relativos à saúde, somente um dos 17 ODS—ODS3—está dedicado inteiramente à saúde (Figuras 1 e 2). As 13 metas do ODS3, porém, abordam uma ampla gama de questões de saúde, desde lesões causadas pelo trânsito e controle do tabagismo até a força de trabalho de saúde e as doenças não-transmissíveis (DNTs)—o problema de saúde mais conspicuamente ignorado pelos ODM. Além disso, todos os ODS possuem consequências críticas para a saúde e o bem-estar. Os ODS, que devem ser adotados na Cúpula das Nações em setembro de 2015, refletem o sucesso dos esforços dos países em manter a saúde entre os principais temas da agenda global de desenvolvimento emergente.

Figura 2**SDG 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades**

- 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos.
- 3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.
- 3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.
- 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.
- 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.
- 3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas
- 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
- 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
- 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.
- 3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da Organização Mundial da Saúde em todos os países, conforme apropriado.
- 3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
- 3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e conservação do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e pequenos estados insulares em desenvolvimento.
- 3.d Reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Fonte: Versão zero do documento final para a adoção da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 pela Cúpula da ONU

O [Plano Estratégico da OPAS 2014-2019](#) atualmente orienta a cooperação técnica da Repartição. O documento responde aos ODM globais, à Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e às prioridades nacionais determinadas através das Estratégias de Cooperação nos Países da OPAS. Também está alinhado programaticamente com o 12º Programa Geral de Trabalho da OMS.

100. O Plano Estratégico também prevê a agenda de desenvolvimento pós-2015 tanto explicitamente como implicitamente. Suas [metas e indicadores](#) de impactos, categorias, áreas programáticas e prioridades de liderança (Figura 3) são compatíveis com o ODS3, cujas metas abordam doenças e ameaças para a saúde específicas enquanto também conclamam os países a alcançarem a atenção universal.

101. O Plano Estratégico da OPAS também formula os enfoques necessários para atingir essas metas. Procura especificamente catalisar mudanças no setor da saúde que transcendam as abordagens tradicionais, centradas na doença. Aborda questões emergentes como mudança climática, globalização e modernização, e impulsiona um modelo de saúde e desenvolvimento com base na equidade e na sustentabilidade ambiental. Clama por aumentos na capacidade do setor de saúde de promover ação multissetorial e pela “saúde em todas as políticas” para abordar os determinantes sociais da saúde. Seus “temas transversais”—gênero, equidade, direitos humanos e etnia—e as provisões de “países-chave” apontam para formas específicas de iniquidade que precisam ser abordadas para superar brechas persistentes e promover a visão mais ampla dos ODS.

Figura 3

Prioridades de liderança, Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
a) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para abordar os determinantes sociais da saúde, fazendo uso da estratégia Saúde em Todas as Políticas e promovendo o aumento da participação e da autonomia das comunidades.
b) Catalisar a concretização progressiva da cobertura universal de saúde, inclusive por meio da promoção e das intervenções preventivas, sobretudo nos oito países-chave.
c) Ampliar a ação intersetorial e multissetorial para a prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis.
d) Melhorar as capacidades básicas dos países para executar o Regulamento Sanitário Internacional de 2005.
e) Acelerar as ações visando à eliminação das doenças transmissíveis prioritárias na Região.;
f) Concluir o trabalho em torno dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde e influir sobre a incorporação da saúde à agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015.
g) Fortalecer a capacidade do setor da saúde para gerar informações e evidências para medir e demonstrar os avanços em termos de vida saudável e bem-estar.
h) Potencializar o conhecimento e a perícia nos países da Região visando à oferta de cooperação técnica e ao intercâmbio das experiências bem-sucedidas e das lições extraídas.
i) Aumentar a prestação de contas, a transparência, a eficiência e a eficácia das operações da Repartição.

Fonte: Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (*Documento Oficial 345* [2014])

102. Portanto, o Plano Estratégico da OPAS contém uma estrutura sólida para a cooperação técnica da Repartição com os seus Estados Membros na era pós-2015. Porém, a experiência dos ODM sugere que enfoques novos e mais concentrados para reduzir a iniquidade serão necessários para assegurar que os esforços para alcançar os ODS e promover as metas do Plano Estratégico beneficiarão as pessoas e comunidades mais necessitadas.

Monitoramento da desigualdade: Um desafio crítico

103. Os ODS abordam a questão da desigualdade tanto implicitamente, ao exigir que os benefícios do desenvolvimento sejam compartilhados com “todos,” como explicitamente através do ODS10, “reduzir a desigualdade entre os países e dentro deles”. Esta ênfase reflete o crescente reconhecimento—subsidiado por abundantes evidências—que a desigualdade não só é injusta, como também ameaça a continuidade do crescimento econômico, a estabilidade política e social e a sustentabilidade futura.

104. Este foco é importante para assegurar que os ODS evitem resultados semelhantes aos dos ODM, nos quais os indicadores de progresso em âmbito nacional e regional ocultaram o fato de que grupos populacionais vulneráveis foram frequentemente deixados para trás. Mas para o sucesso da agenda dos ODS de modo geral e, em particular, do ODS3, também será essencial fortalecer a capacidade dos sistemas de informação em saúde para coletar e analisar dados de saúde de alta qualidade e desagregados por variáveis de estratificação sociais e de equidade, inclusive através do uso de indicadores significativos para mensurar a desigualdade e monitorar o progresso dos países em reduzi-la.

105. Reconhecendo a importância deste desafio, a Repartição tem tomado medidas para melhorar o monitoramento da desigualdade em saúde e tem começado a identificar metas e indicadores chave para cada um dos 17 ODS que podem ser usados para monitorar o progresso em direção a uma maior equidade em saúde.

Esforços em âmbito subnacional

106. Historicamente, a cooperação técnica da Repartição foi centrada—ainda que não exclusivamente—no âmbito nacional, com interações envolvendo principalmente contrapartes nas capitais nacionais e, especificamente, nos ministérios da saúde. Abordar as necessidades de saúde onde elas são maiores exigirá maior ênfase no âmbito subnacional e mais interação com as autoridades e comunidades locais.

107. Há precedentes para tal enfoque no trabalho da Repartição. Os exemplos incluem a iniciativa Controle da Tuberculose nas Grandes Cidades e o prêmio anual Campeões da Luta contra a Malária nas Américas, que identificam e honram iniciativas inovadoras em âmbito tanto comunitário como nacional. Mais adiante, o estabelecimento de estruturas eficazes para coordenar ações nos âmbitos local, nacional e internacional pode fornecer

um estímulo importante para maior participação local tanto para a Repartição como para suas contrapartes nacionais.

108. Reduzir a iniquidade—e avançar em direção à saúde universal—também exigirá maior ênfase nas necessidades das populações indígenas e afrodescendentes. Além de promover enfoques pluriculturais, esta área de trabalho também pode se beneficiar de maior participação diretamente com as comunidades e organizações da sociedade civil que as representam.

Saúde universal e saúde em todas as políticas

109. A redução de iniquidades em saúde é um eixo central da Estratégia regional da OPAS para Acesso Universal a Saúde e Cobertura Universal de Saúde (documento [CD53/5, Rev. 2](#) [2014]). A inclusão da cobertura universal de saúde como meta dentro do ODS3 é um respaldo importante para a equidade em saúde como fator essencial para o desenvolvimento dos países, e deve ajudar os ministérios da saúde enquanto tentam captar recursos adicionais para ampliar a cobertura ao maior número de pessoas e a oferecer uma variedade mais ampla de serviços de saúde. A cooperação técnica da Repartição pode prestar apoio adicional ao ajudar os ministérios a compilar as evidências e argumentos necessários para persuadir outros setores do governo que o avanço em direção ao acesso e à cobertura universal trará benefícios socioeconômicos.

110. Porém, independentemente dos níveis de investimento, os países podem conseguir avanços em direção à saúde universal ao aproveitar as oportunidades existentes para aumentar a eficiência dentro dos seus sistemas de saúde. As maneiras de otimizar o uso do sistema de saúde de maneira eficaz incluem investir mais em atenção primária, melhorar o acesso a recursos humanos em saúde capacitados e realizar seleção e incorporação de medicamentos e tecnologias em saúde baseada em evidências.

111. O avanço da saúde universal também exigirá esforços contínuos de promoção de causa e capacitação para ação multissetorial e “saúde em todas as políticas”. O setor da saúde deve estar bem equipado para travar diálogo e se associar de maneira eficaz com outras áreas e níveis do governo—inclusive meio ambiente, agricultura, finanças, justiça e educação—para promover a saúde e reduzir as iniquidades em saúde ao abordar os riscos e determinantes sociais que excedem sua própria competência. A ação multissetorial é um componente central dos esforços da Repartição em matéria de DNT, e a Força-Tarefa de Saúde em Todas as Políticas e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável recém-estabelecida na Repartição prestará cooperação técnica com o objetivo de posicionar tanto a saúde como a equidade no centro de toda formulação de políticas públicas.

Prevenção e controle das DNT

112. O risco das DNT encontra-se fortemente associado aos determinantes sociais e ambientais e aos efeitos negativos da globalização e da urbanização. Muitos governos

têm ficado na retaguarda em termos de desenvolvimento de políticas, estruturas e legislação necessária para proteger os cidadãos, e especialmente as crianças, da exposição às bebidas açucaradas, alimentos ultraprocessados, tabaco e bebidas alcoólicas.

113. No *Plano de ação para a prevenção e do controle das doenças não transmissíveis* da OPAS para a Região das Américas (2013-2019) especifica os tipos de políticas e parcerias multissetoriais que são necessárias para promover a prevenção e controle de DNT mediante abordagem dos fatores de risco e proteção. A cooperação técnica contínua da Repartição, a orientação e a promoção de causa serão críticas para o progresso futuro, para assegurar a plena realização dos interesses da saúde pública.

114. A Força-Tarefa Interamericana de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, recentemente constituída, fornece um modelo único para colaboração intersectorial em matéria de DNT no âmbito dos organismos de cooperação, reunindo membros do sistema interamericano⁷, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Banco Mundial. Esta aliança é promissora como via de captação de recursos para a prevenção e controle das DNT e para aumentar a conscientização das mais elevadas esferas políticas a respeito da necessidade de criar ambientes que apoiem a saúde em colaboração com outros setores, como agricultura, educação e comércio. A aliança também pode promover melhor compreensão em nível político da importância fundamental da regulamentação e tributação como “apostas garantidas” de saúde pública para reduzir a exposição da população aos principais fatores de risco para DNT.

Promoção da liderança pelo exemplo

115. Os desafios destacados acima exigirão liderança eficaz da parte da Repartição e dos Estados Membros da OPAS conforme os países e territórios das Américas façam a transição da era dos ODM à era dos ODS. A Repartição tem trabalhado em várias frentes para assegurar que tenha as estruturas e sistemas necessários para fazer frente a este desafio.

116. A nova estrutura da Repartição para a Cooperação entre Países para Desenvolvimento da Saúde (CCHD) é fundamental neste sentido. Busca revitalizar a função de longa data da Repartição como facilitadora da cooperação horizontal e criar novos mecanismos e processos para ajudar os países a compartilhar suas crescentes capacidades técnicas e programáticas entre si. Igualmente importantes para manter a função de liderança da Repartição serão esforços para fortalecer parcerias existentes e criar parcerias novas com organizações da sociedade civil, instituições das Nações Unidas e do sistema interamericano e outras agências multilaterais que compartilhem o compromisso da OPAS com a saúde, a equidade e o desenvolvimento.

⁷ As agências constituintes do sistema interamericano são: a Organização dos Estados Americanos (OEA), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Olhando além de 2015

117. O panorama mundial de saúde em 2015 apresenta um ônus menor das doenças infecciosas e da mortalidade materna e perinatal, graças em parte aos ODM e aos esforços sem precedentes que esses Objetivos inspiraram. Porém, desafios em ambas estas áreas permanecem e devem ser abordados, assim como o ônus crescente das DNT e o problema mais amplo da iniquidade.

118. O desafio da Repartição será exercer liderança ao demonstrar claramente o impacto tangível das prioridades mencionadas anteriormente e ao incentivar os Estados Membros da OPAS a ajudar uns aos outros ao dividir seu conhecimento, sua experiência e seu know-how sobre o que funciona para melhorar a saúde pública. A OPAS, como organização e, mais amplamente, com sua rede de parceiros na saúde e desenvolvimento, tem demonstrado sua capacidade de catalisar progresso em direção a objetivos compartilhados. O desafio vindouro será aproveitar os pontos fortes da Repartição, dos Estados Membros da OPAS e de outros parceiros para continuar a liderar pelo exemplo e promover a saúde para todos, na Região das Américas e além.

Siglas e abreviaturas

ADPICS	<i>Advance Purchasing Inventory Control System</i>
AMS	<i>Award Management System/Financial Management System</i>
ANMAT	Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (Argentina)
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil)
ARN	Autoridade reguladora nacional
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAF	Banco de Desenvolvimento da América Latina
CARICOM	Comunidade do Caribe
CARPHA	Agência de Saúde Pública do Caribe
CCHD	Cooperação entre Países para Desenvolvimento da Saúde
CDAC	Avaliação e Coordenação em Desastres da CARICOM
CDC	Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos
CECMED	Centro para Controle Estatal de Medicamentos, Equipamentos e Dispositivos Médicos (Cuba)
CEPAL	Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe
CLAP/SMR	Centro Latino-americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva
COFEPRIS	Comissão Federal para Proteção contra Riscos Sanitários (México)
COMISCA	Conselho dos Ministérios da Saúde da América Central e República Dominicana
COSALFA	Comissão Sul-americana para a Luta contra a Febre Aftosa
DNT	Doenças não transmissíveis
DPDI	Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional
DVE	Doença do vírus Ebola
FAMIS	<i>Financial Accounting Management Information System</i>

FAO	Organização para a Agricultura e Alimentação das Nações Unidas
FDA	Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos
GOARN	Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos Epidêmicos da OMS
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Vírus do papiloma humano
IICA	Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
INVIMA	Instituto Nacional para a Vigilância de Medicamentos e Alimentos (Colômbia)
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e trans
LTA	Contratos de longo prazo
OCHA	Escritório das Nações Unidas para Coordenação de Assuntos Humanitários
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIE	Organização Mundial de Saúde Animal
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ORAS-CONHU	Organização Andina de Saúde
PANAFTOSA	Centro Pan-Americano de Febre Aftosa
PHEFA	Programa Hemisférico de Erradicação da Febre Aftosa
PMIS	Sistema de Informação para a Gestão da RSPA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PWR	Representante da OPAS/OMS
REDLAC	Grupo de Trabalho de Riscos, Emergências e Desastres para a América Latina e Caribe

REGULA	Fortalecendo a Capacidade Reguladora para Fatores de Risco de DNT
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSPA	Repartição Sanitária Pan-Americana
S.O.S	<i>Simplified Online Search</i>
SIP	Sistema de Informação Perinatal
SIP-A	Ficha clínica para aborto do Sistema de Informação Perinatal
SRC	Síndrome da rubéola congênita
SRC	Sistema Regulador do Caribe
TB	Tuberculose
TI	Tecnologia da informação
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
UNFCCC CoP20	20ª Conferência dos Partidos à Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Agradecimentos

A Repartição Sanitária Pan-Americana agradece o apoio dos seus Estados Membros através das suas contribuições e as generosas contribuições voluntárias dos governos, agências e instituições, incluindo:

Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)
Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira
Agência Norueguesa de Cooperação para o Desenvolvimento
Agência Reguladora de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (FDA)
Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
Aliança GAVI
American Heart Association
Banco de Desenvolvimento da América Latina
Banco Interamericano de Desenvolvimento
Banco Mundial
Bill and Melinda Gates Foundation
CBM - Escritório Regional da América Latina
Centro Internacional de Investigações para o Desenvolvimento
Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos
Colgate Palmolive Company
Comissão Europeia
Conselho Nacional da Pecuária de Corte (Brasil)
Departamento de Ajuda Humanitária e Proteção Civil da Comissão Europeia
Departamento de Relações Exteriores e Comércio da Austrália
Departamento de Relações Exteriores, Comércio e Desenvolvimento do Canadá
Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (DHHS)
Departamento do Reino Unido para Desenvolvimento Internacional
Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários
Escritório das Nações Unidas para a Redução do Risco de Desastres
Estado de São Paulo
Fondation Mérieux
Fundação da OPAS
Fundação das Nações Unidas
Fundação Mundial de Diabetes
Fundação Rockefeller
Fundación Universidad de Antioquia
Fundo Central de Resposta de Emergência das Nações Unidas
Fundo das Nações Unidas para a Infância
Fundo das Nações Unidas para a Segurança Humana
Fundo de População das Nações Unidas
Fundo de Resposta de Emergência das Nações Unidas
Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária
Governo da Argentina

Governo da Bolívia
Governo da Colômbia
Governo da Costa Rica
Governo da Espanha
Governo da Guatemala
Governo da Guiana
Governo da Itália
Governo da República Bolivariana da Venezuela
Governo da República da Coreia
Governo da República Dominicana
Governo das Bahamas
Governo de Belize
Governo de El Salvador
Governo de Honduras
Governo de Luxemburgo
Governo do Brasil
Governo do Equador
Governo do México
Governo do Panamá
Governo do Paraguai
Governo do Peru
Governo do Uruguai
Japan Center for International Exchange
London School of Economics and Political Science
MAC AIDS Fund
Ministério das Relações Exteriores do Canadá
Missão Permanente do Canadá à Organização dos Estados Americanos
National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention (EUA)
Open Society Institute
Orbis Internacional
Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
PATH
PHEFA Trust Fund
Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Project High Hopes Global
RAD-AID International
Sabin Vaccine Institute
Sanofi Espoir Foundation
Task Force for Global Health
Texas Children's Hospital
University of Washington
Vaccine Ambassadors
