



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 20 a 24 de junho de 2016

CE158/FR
24 de junho de 2016
Original: inglês

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Abertura da sessão	6
Mesa diretora	7
Assuntos procedimentais	
Adoção da agenda e do programa de reuniões.....	7
Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Anteprojeto de agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos do Comitê	
Relatório sobre a 10ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração	8
Prêmio OPAS em Administração (2016).....	9
Prêmio OPAS em Administração: mudança dos procedimentos.....	9
Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS	11
Relatório anual do Escritório de Ética (2015).....	12
Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS.....	14
Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS.....	18
Assuntos relativos à política dos programas	
Relatório preliminar da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014–2015/Primeiro Relatório Provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019	18
Avaliação preliminar da implementação da Política do Orçamento da OPAS.....	23
Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS	23
Sistemas de saúde resilientes	26
Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde estratégicas e de alto custo.....	28
Saúde dos migrantes	31
Plano de ação para a eliminação da malária 2016–2020	34
Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016–2021	35
Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016–2022	38
Estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses.....	40
Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016–2021	41
Análise dos mandatos e da Organização Pan-Americana da Saúde	43

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

Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas	45
Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo	
Correspondentes a 2015.....	46
Programação do excedente orçamentário	51
Programação da receita excedente	51
Seguro de saúde pós-serviço	51
Relatório sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital	52
Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação	53
Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018–2019	
e 2020–2021	54

Assuntos de pessoal

Estatísticas sobre a dotação de pessoal da RSPA	55
Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA.....	57
Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS	58

Assuntos de informação geral

Programa e Orçamento da OPAS 2016–2017: mecanismos para a apresentação	
de relatórios parciais aos Estados Membros	59
Processo para o desenvolvimento do Orçamento- Programa da OMS	
2018-2019.....	61
Atualização sobre a reforma da OMS	62
Situação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS)	65
Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	67
Atualização sobre o vírus Zika na Região das Américas.....	69
Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na	
Região das Américas.....	71
Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde:	
Relatório final.....	73
Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição em saúde e desenvolvimento	
2006–2015: Relatório final	75
Estratégia e plano de ação para a redução da desnutrição crônica:	
Relatório final.....	76
Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de	
rubéola congênita na Região das Américas: Relatório final	79
Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no	
contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e	
à criança: Relatório final	80

SUMÁRIO (cont.)*Página***Assuntos de informação geral (cont.)**

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos	82
A. Estratégia e plano de ação para a e-Saúde: Avaliação intermediária.....	82
B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem	82
C. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis: Avaliação intermediária	83
D. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool: Avaliação intermediária	84
E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública:	85
Avaliação intermediária	85
F. Situação dos centros pan-americanos	86
Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS	86
A. Sexagésima nona Assembleia Mundial da Saúde	86
B. Organizações sub-regionais	87
Encerramento da sessão	89

Resoluções e decisões**Resoluções**

CE158.R1	Arrecadação das contribuições fixas.....	89
CE158.R2	Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021	90
CE158.R3	Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses.....	92
CE158.R4	Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020	94
CE158.R5	Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS.....	97
CE158.R6	Plano de Ação para a Prevenção e controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021	97
CE158.R7	Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS	102
CE158.R8	Plano de ação proposto para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022	104
CE158.R9	Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde	108

SUMÁRIO (cont.)*Página***Resoluções e decisões (cont.)****Resoluções (cont.)**

CE158.R10	Modificações ao Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA.....	109
CE158.R11	Saúde dos Migrantes	112
CE158.R12	Sistemas de saúde resilientes	114
CE158.R13	Prêmio OPAS em Administração (2016).....	118
CE158.R14	Prêmio OPAS em Administração - Modificações dos procedimentos	119
CE158.R15	Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS.....	122
CE158.R16	Acesso e Uso Racional de Medicamentos e outras Tecnologias em Saúde Estratégicos e de Alto Custo.....	123
CE158.R17	Agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	128

Decisões

Decisão CE158(D1)	Adoção da agenda	128
Decisão CE158(D2)	Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	128
Decisão CE158(D3)	Programação do superávit orçamentário.....	129

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. A 158ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 20 a 24 de junho de 2016. Compareceram à Sessão delegados de nove Membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Chile, Costa Rica, Equador, Estados Unidos de América, Guatemala e Trinidad e Tobago. Os delegados dos Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores a seguir compareceram na qualidade de observadores: Brasil, Canadá, El Salvador, Espanha, Honduras, México, Panamá, Paraguai e São Cristóvão e Névis. Além disso, oito organizações não governamentais estavam representadas.

2. A Dra. Margarita Guevara Alvarado (Equador, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, observando que a recém-concluída Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde havia adotado uma série de decisões que afetaria o trabalho da OPAS. Enfatizou que todos os Estados Membros deveriam trabalhar em conjunto para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, tirando partido do progresso feito rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em um contexto em que diversos países estavam enfrentando os efeitos de desastres naturais e crises sociais, políticas ou econômicas, todos os esforços deveriam ser envidados para proteger os grupos vulneráveis por meio de políticas públicas que enfatizassem a equidade e incorporassem uma perspectiva intercultural e de gênero. Ela manifestou sua gratidão pela assistência internacional recebida da OPAS e de Estados Membros individuais na esteira do terremoto devastador que seu país havia sofrido em abril de 2016.

3. A Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]), também deu as boas-vindas aos participantes, assinalou que a Região havia enfrentado numerosos desafios em termos de saúde pública desde o 54º Conselho Diretor, realizado em outubro de 2015, como os efeitos devastadores de diversos desastres naturais e o impacto esmagador da epidemia do vírus Zika, que uma vez mais havia posto à prova a prontidão para situações de emergência e a capacidade de resposta da Organização. A Repartição havia preparado respostas oportunas e eficazes ao surto e aos desastres naturais, além de haver apoiado os Estados Membros no enfrentamento desses desafios. A Diretora observou que o Comitê discutiria estratégias, planos de ação e documentos de política relacionados a vários temas técnicos importantes. Além disso, examinaria assuntos financeiros, administrativos e de pessoal fundamentais. O Comitê desempenhava uma função vital na garantia do funcionamento eficiente e eficaz da Organização, e o seu trabalho durante a sessão atual criaria as condições para o êxito do 55º Conselho Diretor em setembro. Ela agradeceu de antemão aos Membros do Comitê seu compromisso e dedicação durante a sessão.

4. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) explicou o novo sistema de distribuição de documentos sem papel testado em caráter piloto durante a 10ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. Esse

sistema continha um mecanismo eletrônico de rastreamento de resoluções que facilitaria a circulação das versões modificadas dos projetos de resolução durante a sessão.

Mesa diretora

5. Os seguintes Membros eleitos para servir como mesa diretora na 157ª Sessão do Comitê continuaram a desempenhar suas respectivas funções durante a 158ª Sessão:

<i>Presidente:</i>	Equador	(Dra. Margarita Guevara Alvarado)
<i>Vice-presidente:</i>	Costa Rica	(Dra. María Esther Anchía)
<i>Relator:</i>	Trinidad e Tobago	(Dra. Rhonda Sealey-Thomas)

6. A Diretora serviu como Secretária *ex officio*, e a Dra. Isabella Danel (Diretora Adjunta, RSPA) serviu como Secretária Técnica.

Assuntos procedimentais

Adoção da agenda e do programa de reuniões (Documentos CE158/1, Rev. 1, e CE158/WP/1, Rev. 1)

7. O Comitê adotou a agenda provisória proposta pela Diretora (Documento CE158/1, Rev.1) sem alterações; adotou também um programa provisório de reuniões (CE158/WP/1, Rev. 1) (Decisão CE158[1]).

Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE158/2)

8. Em conformidade com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo nomeou o Equador e a Costa Rica, Presidente e Vice-presidente, respectivamente, para representarem o Comitê no 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. A Argentina e os Estados Unidos foram eleitos representantes suplentes (Decisão CE158[D2]).

Anteprojeto de agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE158/3, Rev. 1)

9. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA), ao apresentar a agenda provisória do 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE158/3, Rev. 1), observou que um tema sobre a Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais havia sido acrescido à agenda após a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde (ver a “Atualização sobre a Reforma da OMS,” parágrafos 264 a 277 abaixo). A Repartição passaria o relatório sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) da seção Assuntos de informação geral para a seção Assuntos relativos à política dos programas, de acordo com a recomendação feita pelo Comitê Executivo (ver “Implementação do Regulamento Sanitário Internacional”, parágrafos 287 a 296 abaixo).

10. Na discussão que se seguiu, foi observado que a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado uma resolução sobre a função do setor da saúde na gestão internacional dos produtos químicos,¹ que instou a Diretora-Geral da OMS a elaborar, em consulta com os Estados Membros e outros interessados diretos pertinentes, um roteiro para o setor da saúde com o objetivo de alcançar a meta de 2020 para a boa gestão dos produtos químicos adotada pela Conferência Internacional para a Gestão dos Produtos Químicos (Dubai, fevereiro de 2006) e contribuir para a consecução das metas pertinentes da Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Todos os comitês regionais da OMS foram instados a incluir uma discussão sobre o referido roteiro nas suas agendas. Assim, foi sugerido que o Conselho Diretor discutisse o assunto dentro do tema 7.7 da agenda, “Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na Região das Américas”.

11. A Sra. Huerta disse que um subtema sobre o roteiro seria acrescido à agenda dentro do tema 7.7.

12. O Comitê Executivo aprovou o projeto de resolução contido no Documento CE158/3, Rev. 1, com as revisões e acréscimos citados acima.

Assuntos do Comitê

Relatório sobre a 10ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE158/4)

13. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Antígua e Barbuda, Presidente do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração [SPOA]) informou que esse Subcomitê havia realizado sua 10ª Sessão nos dias 30 de março e 1º de abril de 2016. O Subcomitê havia discutido várias questões importantes de ordem financeira e administrativa, entre outras, inclusive um esquema do Relatório Financeiro do Diretor para 2015, um esquema da avaliação de fim de biênio do programa e orçamento para 2014–2015 e do primeiro relatório provisório sobre o Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, o aprimoramento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas para o atual Plano Estratégico da OPAS, o mecanismo para a apresentação de relatórios provisórios aos Estados Membros sobre o programa e orçamento para o biênio atual, uma avaliação provisória da execução da Política do Orçamento da OPAS e a programação do orçamento e das receitas excedentes remanescentes do biênio 2014–2015. O Subcomitê também havia discutido a reforma da OMS e recomendado um candidato para substituir um membro em fim de mandato do Comitê da Auditoria da OPAS. A Dra. Sealey-Thomas observou que, como todos os assuntos discutidos pelo Subcomitê também constavam da agenda do Comitê Executivo, ela informaria sobre eles à medida que fossem abordados pelo Comitê.

14. A delegada do México afirmou que o parágrafo 78 do relatório não refletia com exatidão as observações feitas pela sua delegação com respeito ao relatório apresentado ao

¹ Resolução WHA69.4.

Subcomitê sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital² e solicitou que o parágrafo fosse modificado.

15. A Diretora sugeriu que a delegação mexicana esclarecesse sua posição quando o Comitê abordasse o tema sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital (ver os parágrafos 218 a 222 abaixo); a delegada do México aceitou essa sugestão. A Diretora agradeceu as valiosas observações dos Membros do Subcomitê e dos observadores que haviam participado da 10ª Sessão do Subcomitê, as quais haviam sido muito úteis para a Repartição ao preparar-se para a sessão do Comitê Executivo.

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

Prêmio OPAS em Administração (2016) (Documentos CE158/5 e Ad. I)

17. A Sra. Gabrielle Lamourelle (Estados Unidos da América) informou que a Comissão Julgadora do Prêmio OPAS em Administração (2016), formada por representantes das Bahamas, Equador e Estados Unidos, havia se reunido no dia 21 de junho de 2016 e examinado as informações sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros. Após discussões, e reconhecendo os méritos dos três candidatos, a Comissão Julgadora havia decidido recomendar que o Prêmio OPAS em Administração (2016) fosse concedido ao Dr. Pastor Castell-Florit Serrato, de Cuba, por suas louváveis contribuições para a saúde pública, refletidas na sua liderança na gestão e administração do sistema nacional de saúde de Cuba, e pela sua trajetória profissional e suas contribuições para a pesquisa e ensino sobre a gestão administrativa dos sistemas de saúde, corroboradas pelos cargos que ele ocupou e por suas numerosas publicações em revistas especializadas nacionais e internacionais.

18. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R13, concedendo o Prêmio OPAS em Administração (2016) ao Dr. Pastor Castell-Florit Serrato, de Cuba.

Prêmio OPAS em Administração: mudança dos procedimentos (Documento CE158/6, Rev. 2)

19. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia considerado uma proposta da Repartição no sentido de modificar as diretrizes sobre a concessão do Prêmio OPAS em Administração, com a intenção de aumentar a importância do prêmio e incentivar os Estados Membros a apresentarem candidatos de excelência. O Subcomitê havia decidido formar um grupo de trabalho composto por Argentina, Granada, Honduras e México para examinar as mudanças propostas. O grupo de trabalho havia se reunido durante a 10ª Sessão do Subcomitê e decidira recomendar algumas modificações nas emendas propostas pela Repartição. Os procedimentos revistos haviam sido endossados pelo Subcomitê e foram apresentados ao Comitê Executivo no Documento CE158/6.

² Documento SPBA10/12.

20. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA), após manifestar seu agradecimento ao grupo de trabalho, explicou que as mudanças propostas nos procedimentos se relacionavam, principalmente, com o alcance da premiação. Desde o seu início, a premiação estivera altamente centrada nos serviços de saúde. Contudo, o contexto havia se modificado e a Organização havia adotado novos mandatos, como a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. Considerando essas mudanças, bem como o trabalho contínuo da Organização com respeito aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e o futuro trabalho relacionado aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, havia sido feita uma proposta para alterar o foco da premiação, que daqui em diante seria conhecida como o Prêmio OPAS em Gestão e Liderança em Serviços de Saúde. O prêmio seria concedido a pessoas que houvessem demonstrado excelência na liderança em áreas que tivesse a ver com o acesso, cobertura, administração e desenvolvimento de redes integradas, e com áreas semelhantes relacionadas com a prestação de serviços de saúde.

21. Na discussão que se seguiu, uma delegada questionou que critérios seriam usados para avaliar os candidatos indicados, destacando que era importante esclarecê-los para assegurar o rigor e a transparência do processo de análise, assim como para ajudar os Estados Membros a indicar candidatos apropriados. Ademais, questionou se seria esperado que os Estados Membros respaldassem candidatos que respondessem à chamada aberta e se o limite de duas nomeações por Estado Membro abrangia os candidatos indicados por um Estado Membro e os que passassem pelo processo de chamada aberta.

22. O Dr. Fitzgerald respondeu que os candidatos seriam propostos pelos Estados Membros, que, dessa forma, os endossariam. Ao concordar que era importante ter um conjunto de critérios definido, destacou que os requisitos gerais para os candidatos estavam enunciados no parágrafo 2 dos procedimentos. Caberia à Comissão Julgadora avaliar se os candidatos satisfaziam esses requisitos. Quando a Repartição emitisse o chamado para a apresentação de candidatos, deixaria claras as áreas de trabalho às quais o Prêmio se aplicaria e enviaria questionários padronizados aos Estados Membros, além de exigir documentação completa para respaldar as candidaturas, conforme explicado no parágrafo 5 dos procedimentos. Outros detalhes, como as pontuações a serem atribuídas aos diversos critérios, poderiam ser resolvidos até a sessão de junho de 2017 do Comitê Executivo.

23. A Diretora comentou que havia um ônus para a Repartição ao ter de assegurar que os candidatos eram merecedores do prêmio. Ela dependia de os Estados Membros apresentarem candidatos que não apenas haviam demonstrado avanços significativos na gestão da saúde, mas também desfrutavam de boa reputação e posição em âmbito nacional, regional e mundial. Conforme o Dr. Fitzgerald havia indicado, um método objetivo para classificar os candidatos ainda não havia sido estabelecido, porém, quando a Comissão Julgadora se reunisse no futuro, poderia decidir quantos pontos deveriam ser atribuídos a cada um dos critérios, embora tais detalhes não devessem, necessariamente, estar incluídos nos procedimentos.

24. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R14, aprovando a modificação dos procedimentos e a mudança do nome do prêmio.

Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS (Documento CE158/7)

25. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, de acordo com o procedimento delineado nos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações Não Governamentais, o Subcomitê havia mantido uma reunião fechada durante a sua 10ª sessão para analisar a situação de oito ONGs que mantinham relações oficiais com a OPAS e considerar a candidatura de uma organização que pretendia manter relações oficiais com a Organização. O Subcomitê havia decidido recomendar que o Comitê Executivo admitisse a *Mundo Sano* como organização que mantinha relações oficiais com a OPAS e dar continuidade às relações oficiais entre a OPAS e a Coalizão do Caribe Saudável, o Colégio Interamericano de Radiologia, a Sociedade Interamericana de Cardiologia, a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe, a Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas, a Federação Latino-americana de Hospitais, a Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades e Escolas de Medicina e a Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem.

26. Na discussão do tema pelo Comitê Executivo, sugeriu-se que, à luz da aprovação da Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais (FENSA) pela Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde (ver os parágrafos 264 a 277 abaixo), a Repartição deveria revisar os seus procedimentos com respeito à colaboração com as ONGs, levando em consideração as quatro categorias aceitas pela Assembleia. Foi sublinhada a necessidade de evitar qualquer conflito de interesses.

27. Um representante da Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas (ALIFAR) confirmou o compromisso dos laboratórios farmacêuticos representados pela Federação à qualidade, inocuidade e acessibilidade dos medicamentos e descreveu as políticas e atividades da Federação com respeito à harmonização das regulamentações farmacêuticas, às normas de qualidade de medicamentos e à fabricação, distribuição e comercialização de medicamentos.

28. Um representante da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS da sigla em espanhol) descreveu o trabalho de sua associação nos campos da água, saneamento, higiene e contaminação do ar, e acrescentou que a AIDIS estava pronta para trabalhar com a OPAS nas suas áreas de perícia técnica ou em campos relacionados, como doenças transmissíveis e resposta a desastres ou epidemias. Além disso, observou que a AIDIS e a OPAS patrocinariam, em conjunto, um simpósio sobre água e saneamento antes do 35º Congresso Interamericano sobre Engenharia Sanitária e Ambiental, a ser realizado em Cartagena, Colômbia, de 21 a 24 de agosto de 2016. Um representante da Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA da sigla em espanhol) reafirmou o compromisso da Federação de apoiar os sistemas de saúde pública em cada um dos países da Região onde estivesse representada. Considerou que era necessário construir sistemas inclusivos em que o foco central fosse a melhor atenção

possível aos pacientes. A Federação esperava manter sua parceria ativa com a OPAS no futuro.

29. O Sr. Alberto Kleiman (Diretor, Departamento de Relações Externas, Captação de Recursos, e Parcerias, RSPA), após expressar seu agradecimento aos representantes das ONGs pelas contribuições das suas respectivas instituições, disse que a Repartição havia tomado nota das observações com respeito à FENSA, que seria efetivamente implementada, com a devida aplicação dos critérios definidos e aprovados pelos Estados Membros para o trabalho não apenas com as ONGs, mas também com as demais categorias de agentes não estatais.

30. A Diretora manifestou seu agradecimento pelas contribuições atuais das ONGs que mantinham relações oficiais com a Organização. A Repartição contava com o prosseguimento dessa colaboração no futuro, em um espírito de respeito mútuo e entendimento e com pleno respeito à FENSA.

31. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R15, renovando as relações oficiais entre a OPAS e as oito organizações enumeradas acima por um período de quatro anos e admitindo a ONG *Mundo Sano* como organização que mantinha relações oficiais com a OPAS, também por quatro anos.

Relatório anual do Escritório de Ética (2015) (Documento CE158/8)

32. Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA) apresentou o relatório, destacando as atividades principais do Escritório de Ética em 2015 em quatro áreas fundamentais: assessoria e orientação ao pessoal em questões éticas, denúncias recebidas sobre questões de natureza ética, casos de fraude e roubo ou perda de propriedade e recursos da OPAS, e novas iniciativas implementadas para melhorar a cultura ética na OPAS e promover o respeito no local de trabalho. Ele passou em revista os dados apresentados no relatório sobre consultas do pessoal, as denúncias de condutas que levantavam possíveis questões éticas e as denúncias de assédio e conduta inapropriada no local de trabalho, observando que o Documento CE158/8 continha mais detalhes.

33. Além disso, informou que o Serviço de Ajuda sobre Ética havia recebido uma série de denúncias anônimas com respeito a funcionários de alto escalão da RSPA. O Escritório de Ética havia investigado as alegações e constatou que eram infundadas. Posteriormente, o Escritório tomou conhecimento de numerosos emails anônimos sobre as mesmas alegações enviados, fora dos canais normais para apresentação de denúncias e com nomes fictícios, a funcionários da OPAS, OMS, Escritório de Ética das Nações Unidas e Comitê de Auditoria da OPAS. Em conformidade com uma decisão da Diretora, um investigador externo foi contratado para uma avaliação independente das alegações e o resultado deverá ser incluído no relatório do Escritório de Ética a ser apresentado ao Comitê em 2017.

34. Em 2015, foram empreendidas novas iniciativas, como uma pesquisa para avaliar o clima com respeito à ética e o ambiente de trabalho na Sede e nas representações nos países e a Iniciativa Respeito no Local de Trabalho, liderada pelo Escritório do Mediador, cuja finalidade era ajudar a reduzir os conflitos e as condutas inapropriadas no local de trabalho.

Em 2016, o Escritório de Ética implementaria uma nova linha telefônica de ajuda que teria ferramentas analíticas mais complexas, além de um programa de formação destinado a assegurar que os gerentes reconhecessem a importância de o pessoal poder manifestar suas preocupações de boa-fé sem temer represálias.

35. Recentemente, o Comitê de Auditoria havia feito algumas recomendações com respeito à estrutura do Escritório de Ética e sua dupla função de informar sobre as questões éticas e investigar as alegações de condutas indevidas (ver os parágrafos 43 a 58 abaixo). Uma dessas recomendações era que a OPAS deveria seguir o modelo das Nações Unidas, segundo o qual as investigações eram feitas pelo Escritório de Serviços de Supervisão Interna. Contudo, um relatório de 2016 elaborado pela Unidade de Inspeção Conjunta havia observado que, se os auditores se ocupassem amplamente da detecção de fraudes e/ou passassem a fazer parte de uma equipe de investigação, eles poderiam ter dificuldades para serem vistos como empregados de confiança ao retomar sua função estritamente interna. Essa advertência deixou claro que as investigações feitas por um escritório de auditoria apresentavam suas próprias dificuldades e talvez não correspondessem necessariamente às melhores práticas.

36. O Sr. MacMillan observou que a dupla função de assessoria e investigação não era uma exclusividade do Escritório de Ética da OPAS: os escritórios de ética do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento, do Fundo Especial de Desenvolvimento Agrícola e de outras instituições também tinham essa dupla responsabilidade. O Escritório de Ética da OPAS era único, porém, uma vez que não estava subordinada à administração, mas diretamente aos Órgãos Diretores por meio do Comitê Executivo. Na sua opinião, qualquer decisão com respeito à estrutura ou responsabilidades do Escritório de Ética deveria levar em consideração essa característica singular e importante.

37. Desde a sua criação, o Escritório de Ética havia procurado equilibrar o tempo empregado no cumprimento das suas duas responsabilidades principais; contudo, era cada vez mais difícil manter esse equilíbrio devido ao número crescente de denúncias e ao tempo necessário para investigar as alegações. Recentemente, o Escritório havia tomado medidas para resolver esse problema ao estabelecer dois novos cargos profissionais: um para se concentrar exclusivamente nas investigações e outro para cuidar de funções de assessoria e formação. Com essa separação das funções, o Escritório de Ética poderia reforçar sua ênfase na prevenção e, assim, reduzir o risco de condutas inadequadas.

38. No tocante à proteção dos denunciantes, a OPAS tinha uma política robusta para proteger de represálias qualquer empregado que houvesse denunciado uma conduta inadequada ou cooperado em uma investigação. Contudo, essa proteção não dependia nem deveria depender unicamente do Escritório de Ética; ela deveria ser um esforço coletivo entre diferentes escritórios, inclusive a alta administração. Isso ajudaria a garantir que o pessoal que denunciasse um ato indevido tivesse o apoio institucional necessário e não sofresse consequências adversas.

39. Na discussão que se seguiu, foram reconhecidos os esforços do Escritório de Ética para promover a integridade e a conduta ética, e foi aplaudido o plano para elaborar um programa de formação profissional para os gerentes com respeito à proteção dos

denunciantes. Foi destacado que o relatório indicava que, embora o número de denúncias de natureza ética houvesse permanecido quase constante, o número efetivo havia subido cerca de 18% devido a um aumento do número de questões tratadas. Foram solicitados esclarecimentos sobre as razões para esse aumento e sobre por que o número de denúncias, após haver aumentado por vários anos, havia permanecido relativamente constante, em torno de 50 após 2012. Foi sugerido que os relatórios futuros contivessem um gráfico mostrando o número de consultas feitas na Sede e nas representações nos países.

40. O Sr. MacMillan respondeu que 72 das 115 consultas sobre questões de natureza ética recebidas em 2015 haviam vindo de funcionários da Sede. Das 53 denúncias de condutas que suscitavam dúvidas de natureza ética, 32 haviam vindo de funcionários da Sede ou estavam relacionadas com questões na Sede. Essas estatísticas seriam incluídas nos futuros relatórios do Escritório de Ética. Ele observou que, após visitas pelo Escritório às Representações da OPAS/OMS, houve um aumento das consultas e denúncias, uma vez que o pessoal desses escritórios passou a entender os recursos que estavam ao seu alcance; essa tendência provavelmente continuaria à medida que o Escritório estendesse sua cobertura de modo a abranger as equipes das representações nos países. Ele observou, ainda, que nem todas as denúncias estavam relacionadas a questões éticas graves.

41. A Diretora, por sua vez, ao referir-se aos esforços para mudar a cultura dentro da Organização, explicou que a Iniciativa Respeito no Local de Trabalho pretendia conscientizar o pessoal de que era aceitável se manifestar quando se opunham à maneira como eram tratados no local de trabalho e exigir um tratamento respeitoso dos seus supervisores. Era essencial criar um local de trabalho respeitoso em que as pessoas se sentiam valorizadas e não temiam represálias caso se queixassem de um tratamento desrespeitoso. Assim, ela esperava que houvesse uma diminuição do número de denúncias anônimas à medida que os empregados e gerentes aprendessem a tomar medidas preventivas para evitar condutas indevidas ou comportamentos indevidos e comesçassem a discutir questões entre eles abertamente e sem mal-estares posteriores.

42. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE158/9)

43. O Sr. Nicholas Treen (Presidente, Comitê de Auditoria da OPAS), ao apresentar o relatório do Comitê de Auditoria, delineou os temas de interesse do Comitê para 2015–2016 e seus planos para o próximo ano, observando que o relatório propunha oito recomendações. Além disso, observou que o Comitê havia acompanhado as medidas tomadas com base nas suas recomendações e reconheceu amplamente a vontade da Diretora para implementá-las ou explicar por que não haviam sido implementadas. Ademais, agradeceu sua franqueza e disposição para proporcionar ao Comitê as informações que ele solicitasse.

44. As demonstrações financeiras da Organização referentes a 2015 não haviam sido elaboradas a tempo para um exame pelo Comitê de Auditoria, nem mesmo uma versão preliminar, antes que os Auditores Externos houvessem concluído sua auditoria. Isso era lamentável, pois o Comitê de Auditoria poderia haver especificado as áreas das referidas demonstrações em que o Auditor Externo poderia encontrar dificuldades e discutir com a Diretora maneiras de melhorar a situação. Essa era uma das funções mais importantes de um Comitê de Auditoria.

45. O Comitê mantinha uma relação proveitosa com o Auditor Externo e também com o Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES) (ver os parágrafos 223 a 227 abaixo), cujas recomendações e relatórios eram, sistematicamente, de qualidade alta. Era prazeroso ver que uma cultura de avaliação estava sendo construída na Organização, uma vez que essa cultura possibilitava a aprendizagem e a prestação de contas. O Comitê acolheu a intenção do IES de fazer uma avaliação independente da qualidade da função interna de auditoria em 2016 e revisar o plano de auditoria interna para cumprir as melhores práticas das Nações Unidas e do Instituto de Auditores Internos.

46. O Comitê de Auditoria havia dedicado muito tempo ao exame do ambiente de tecnologia da informação da OPAS, concentrando-se, especialmente, na segurança das informações, que havia sido identificada como um ponto fraco importante. Contudo, ele já havia verificado melhorias nessa área. O Comitê havia recomendado que a Repartição tomasse medidas para zelar pelo cumprimento das normas internacionais pertinentes o quanto antes.

47. O Comitê considerou o programa *Mais Médicos* um excelente exemplo da cooperação Sul-Sul em grande escala e mostrou-se satisfeito com a maneira como o projeto estava avançando. Ainda havia alguns problemas a serem resolvidos, mas o Comitê ainda não havia identificado grandes riscos. Contudo, ele gostaria de ter mais garantias de que os gastos de apoio ao projeto, que agora constituíam uma fonte bastante significativa de receitas para a OPAS, eram administrados de forma adequada. Era necessário um mecanismo para fazer o acompanhamento desses elevados montantes, a bem de uma maior transparência. Uma possível dificuldade futura seria ver como o Brasil manteria as melhorias obtidas quando os médicos estrangeiros deixassem o país. Em consequência, o Comitê havia recomendado a elaboração de uma estratégia e plano com essa finalidade. O encerramento do projeto não deveria ter repercussões financeiras negativas ou de outro tipo para a OPAS.

48. O Comitê de Auditoria havia examinado as áreas da ética e das investigações e havia feito várias sugestões que haviam sido aceitas; dois temas ainda precisavam ser abordados. Um era a proteção dos denunciantes de irregularidades. O Comitê considerado que havia um conflito de interesses, uma vez que seria muito difícil para um investigador proteger um denunciante contra represálias se este havia participado de uma investigação. Esse era um ponto fraco considerável com consequências possivelmente desastrosas para a função de investigação, pois não seria possível induzir as pessoas a revelar o que sabiam se elas não acreditassem que estariam protegidas contra represálias. O Comitê também tinha algumas preocupações com o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos e havia recomendado um exame do processo por peritos. O nível dos recursos dedicados aos temas

relacionados à ética também causava inquietação, sobretudo porque o peso das investigações havia aumentado de maneira considerável.

49. Finalmente, o Comitê de Auditoria havia feito uma autoavaliação tendo como referências as normas internacionais e estava elaborando um questionário para colher as opiniões do pessoal de alto escalão da Repartição e dos Estados Membros. Essa seria uma etapa preparatório para examinar os Termos de Referência do Comitê, elaborados há cerca de seis anos. As questões a serem examinadas abrangiam o número e o momento das reuniões; o aumento da flexibilidade quanto ao momento das reuniões; as disposições para o ingresso de novos membros do Comitê; o acesso dos membros à intranet da OPAS, ao Manual Eletrônico e a outros documentos de referência; e a criação dos sites do Comitê da Auditoria na intranet e na Internet.

50. O Comitê Executivo agradeceu as informações prestadas e manifestou seu apoio às recomendações do Comitê de Auditoria, embora tenham sido levantadas questões com respeito a algumas delas. Uma delegada inquiriu se a Repartição havia aceitado todas as recomendações ou se algumas ainda estavam sendo consideradas e, nesse caso, qual seria o motivo. Quanto às recomendações a respeito do Escritório de Ética, essa mesma delegada perguntou se faria sentido implementar a Recomendação 7 antes de receber os resultados do exame proposto na Recomendação 6. Questionou também se o Comitê de Auditoria havia levado em consideração o tamanho e os recursos da OPAS antes de recomendar a separação das funções de ética e investigação, e sugeriu que talvez fosse útil explorar os modelos aplicados em outras organizações internacionais de porte semelhante ao da OPAS. Conforme se depreendia do relatório, o Comitê de Auditoria estava preocupado com o Escritório de Ética já há algum tempo, e a delegada questionou por que não havia manifestado essa preocupação anteriormente.

51. Com respeito à Recomendação 1, foram solicitados esclarecimentos sobre a diferença na assessoria que o Comitê de Auditoria prestaria com relação às versões preliminar e definitiva das demonstrações financeiras. Além disso, solicitou-se a opinião da Repartição sobre o assunto. Uma delegada quis saber se o motivo de preocupação quanto à Recomendação 1 era apenas o momento em que as demonstrações financeiras estiveram disponíveis ou se também havia alguma preocupação com o processo de aprovação. Outra delegada instou pelo rápido cumprimento da recomendação sobre a segurança das informações, dadas as suas implicações financeiras e operacionais. A sua delegação também instou o Comitê de Auditoria a continuar a monitorar o processo de avaliação conjunta do Plano Estratégico com vistas a determinar possíveis formas de melhorar o mecanismo.

52. O Sr. Treen respondeu que o Comitê de Auditoria estava satisfeito com a forma com a Repartição havia implementado as diversas recomendações sobre a supervisão e auditoria. Não era essencial que todas elas fossem aceitas e implementadas, desde que fossem explicados os motivos para não implementá-las. Na opinião dele, era urgente implementar a Recomendação 7, inclusive antes da revisão por especialistas, pois eram evidentes os conflitos de interesses na área de proteção de denunciante. Simplesmente, não era possível que a mesma entidade que fazia as investigações oferecesse uma proteção eficaz. Não lhe parecia que o tamanho de uma organização pudesse ser obstáculo à adoção

do modelo da Secretaria das Nações Unidas, o qual, na opinião do Comitê, era o melhor, pois fazia uma boa separação entre as funções era bastante claro quanto às responsabilidades.

53. Em condições ideais, o Comitê de Auditoria gostaria de receber uma versão praticamente definitiva das demonstrações financeiras, para poder examiná-las e verificar se tudo estava em ordem. Em caso contrário, poderia assessorar o Diretor em qualquer assunto que pudesse surgir, sobretudo se houvesse avaliado que o Auditor Externo não emitiria um parecer sem ressalvas. Não seria útil examinar uma versão muito preliminar, quando os números ainda poderiam ser alterados, mas até isso seria melhor do que nada. O Comitê de Auditoria estava muito interessado no processo de avaliação conjunta e faria o necessário para ajudar a torná-lo o mais transparente e exitoso possível.

54. A Diretora agradeceu o trabalho do Comitê de Auditoria e manifestou sua gratidão à Sra. Amália Lo Faso, que encerrava seu mandato, por sua dedicação e ajuda. Observou que ainda restavam algumas recomendações sobre as quais ainda não se havia chegado a um consenso. Por exemplo, era necessário discutir mais à respeito da Recomendação 1, sobre a apresentação das versões preliminares das demonstrações financeiras. A Repartição não acharia cômodo disponibilizar uma versão muito preliminar das demonstrações em março, quando ocorre a primeira reunião do Comitê de Auditoria no ano. Uma possibilidade talvez fosse transferir a reunião para abril, quando as demonstrações financeiras estariam concluídas ou quase concluídas.

55. Com respeito ao *Mais Médicos*, a Repartição estava de acordo com a recomendação de formular uma estratégia e um plano para estabelecer como o projeto seria concluído, mas a segunda parte da recomendação — zelar pela sustentabilidade das melhorias obtidas na atenção primária à saúde — teria que ser responsabilidade do Governo do Brasil. Quanto à Recomendação 3, a Repartição havia incluído os gastos de apoio ao programa *Mais Médicos* — cerca de \$56 milhões³ — no orçamento geral para que fossem distribuídos em toda a Organização, de acordo com a metodologia de definição de prioridades estabelecida pelos Estados Membros. No tocante à Recomendação 7, a Repartição estava examinando como as questões de ética e as funções de investigação estavam organizadas nos diversos organismos, sobretudo os de tamanho semelhante ao da OPAS. Concordeu que conflitos de interesses em potencial deveriam ser evitados e que, se a estrutura atual do Escritório de Ética pudesse causar conflitos dessa natureza, então a Repartição organizaria a revisão por especialistas recomendada pelo Comitê de Auditoria para ajudar a traçar o caminho a ser trilhado. Observou, porém, que não havia provisão no orçamento da Organização para cobrir o custo dessa revisão.

56. Além das oito recomendações, o Comitê de Auditoria havia feito algumas sugestões informais, algumas das quais criaram dificuldades. Por exemplo, o Comitê considerou que era necessário fazer três reuniões por ano em vez de duas para cumprir suas funções, porém seria muito difícil que a Repartição organizasse uma terceira reunião. De

³ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias neste relatório estão expressas em dólares dos Estados Unidos.

modo semelhante, o Comitê de Auditoria desejava fazer mais visitas aos países, o que também seria difícil organizar. Essas questões ainda estavam sendo discutidas.

57. A Diretora observou de que havia a sensação de que a RSPA era objeto de um número excessivo de auditorias, pois as atividades da Repartição eram examinadas por muitas entidades. Ela acreditava que faltava esclarecer melhor as respectivas funções do Comitê de Auditoria e do Auditor Externo e como esses dois conjuntos de funções deveriam se complementar.

58. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE158/10)

59. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê, tendo sido informado de que o mandato de um membro do Comitê de Auditoria se encerraria em junho de 2016, havia estabelecido um grupo de trabalho para examinar uma lista de candidatos propostos pela Diretora. O grupo de trabalho havia avaliado os três candidatos com base nos critérios definidos na seção 4 dos Termos de Referência do Comitê de Auditoria e havia decidido recomendar a nomeação do Sr. Claus Andreasen para servir no Comitê da Auditoria da OPAS por um mandato de três anos, de junho de 2016 a junho de 2019.

60. O Comitê Executivo tomou nota do relatório. Vários delegados elogiaram a dedicação e competência da Sra. Amalia Lo Faso, que deixava o Comitê da Auditoria. O Comitê aprovou a Resolução CE158.R5, por meio da qual nomeava o Sr. Claus Andreasen para o Comitê de Auditoria por um mandato de três anos, de junho de 2016 a junho de 2019.

Assuntos relativos à política dos programas

Relatório preliminar da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento 2014–2015/Primeiro Relatório Provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 (Documento CE158/11, Rev. 1)

61. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia examinado um esquema da avaliação de fim de biênio do Programa e Orçamento da OPAS para 2014–2015, que também serviria como o primeiro relatório provisório sobre o Plano Estratégico 2014–2019 em vigor. Além disso, indicou que o Subcomitê havia sido informado de que os Estados Membros haviam desempenhado um importante papel na avaliação, que havia começado com a autoavaliação, feita pelas autoridades nacionais de saúde, sobre o progresso nos diversos indicadores. O Subcomitê havia destacado que essa avaliação havia marcado uma importante mudança institucional na relação e no nível da colaboração entre a Repartição e os Estados Membros, além de haver sido uma oportunidade para reforçar as capacidades no âmbito nacional e melhorar o planejamento, a transparência e a prestação de contas. Para os delegados, a avaliação havia permitido identificar as áreas em que eram necessários ajustes ou correções do curso a fim de fechar as brechas e superar os obstáculos

à melhoria da saúde pública. O Subcomitê havia solicitado que o relatório final da avaliação contivesse informações sobre o progresso no que se refere aos indicadores de impacto, bem como aos indicadores dos resultados imediatos e intermediários.

62. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou o relatório, no qual eram avaliadas as numerosas dimensões do desempenho programático e financeiro. No relatório, que continha mais de 200 páginas, eram analisados os riscos, as lições extraídas, as principais intervenções e os desafios atuais, além de grande parte dos dados usados para fundamentar os resultados, as classificações, as conclusões e as recomendações. Destacou que a Região das Américas era a primeira região da OMS a fazer essa avaliação de maneira conjunta. Essa atividade havia permitido aos Estados Membros participar ativamente da avaliação da obtenção dos resultados que eles próprios haviam ajudado a definir. Ademais, havia servido para melhorar a transparência e a prestação de contas, bem como para aprofundar o compromisso da Organização com a gestão baseada em resultados.

63. Entre os principais avanços documentados no relatório, destacam-se a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e da sífilis congênita em Cuba, a eliminação da oncocercose no Equador e México, a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita na Região, a redução da mortalidade infantil entre menores de cinco anos e o consequente cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 na Região, além de avanços substanciais no acesso aos serviços de saúde e sua cobertura. Contudo, brechas e desafios persistem em algumas áreas, como as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco, a saúde materna, o financiamento do setor da saúde e a manutenção e fortalecimento das capacidades básicas de resposta a emergências e crises. O relatório apresenta detalhes sobre as dificuldades nessas áreas, sobretudo os fatores que impediam o progresso e o que poderia ser feito a esse respeito.

64. Com relação aos resultados imediatos correspondentes ao biênio 2014–2015, o Dr. Walter informou que 57 dos 116 indicadores haviam sido alcançados ou superados, outros 57 haviam sido alcançados parcialmente e os dois restantes haviam sido cancelados ou não haviam sido avaliados. Uma das lições extraídas quanto à definição de metas foi que elas devem ser motivadoras, porém realistas: as metas de 49 dos 57 resultados imediatos que haviam sido alcançados parcialmente correspondiam ao dobro da linha de base e, assim, eram demasiado ambiciosas. Isso foi um fator para não terem sido alcançadas plenamente. No tocante aos resultados intermediários previstos no Plano Estratégico, 75 dos 83 indicadores já haviam sido alcançados ou estavam em curso para serem alcançados até o fim de 2019. Todavia, embora as perspectivas gerais quanto à consecução de todas as metas até 2019 fossem positivas, quatro indicadores de resultados imediatos haviam revelado um recuo em relação ao valor da linha de base em 2014–2015. As razões para esse recuo foram discutidas nas seções IV e V e no Anexo C do relatório.

65. A Seção V continha informações sobre a execução do orçamento no biênio 2014–2015. O Sr. Walter observou que era difícil estabelecer uma correlação direta entre os avanços técnicos e a execução do orçamento, uma vez que os resultados eram afetados não apenas pelos recursos da OPAS; era preciso levar em conta também os investimentos dos Estados Membros e outros agente. Além disso, observou que a Organização havia iniciado

o biênio com um déficit de financiamento \$171,9 milhões, o que correspondia a 31% do programa e orçamento total. No encerramento do biênio, o orçamento havia sido financiado praticamente por completo. Dos \$549,7 milhões previstos para serem executados durante o biênio, \$523,8 milhões haviam sido gastos. A principal razão para a diferença entre a taxa de financiamento de 97,5% e a taxa de execução de 93% era que alguns recursos haviam chegado no fim do biênio e sido incluídos no orçamento, porém o tempo havia sido insuficiente para executá-los na totalidade. Felizmente, a maioria desses recursos havia sido transferida para o biênio corrente.

66. Entre as principais lições extraídas da avaliação, destacam-se as seguintes: alguns resultados imediatos não foram alcançados plenamente porque suas metas eram excessivamente ambiciosas e seus indicadores eram por demais específicos; havia sido difícil avaliar alguns indicadores intersetoriais que dependiam de insumos e dados que vinham de fora do setor de saúde; a avaliação havia revelado o que poderia ser denominado o “efeito de graduação”, ou seja, a relutância em informar que uma meta havia sido alcançada por temer que isso pudesse implicar a eliminação ou redução do apoio da OPAS e dos investimentos nacionais; compreendeu-se que, no futuro, seria necessário avaliar o progresso em relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e vincular as esses objetivos aos indicadores do Plano Estratégico; e, em vez de esperar até o fim do biênio, a Repartição poderia acompanhar com mais frequência os resultados imediatos e os resultados intermediários dentro do monitoramento dos programas e exame das avaliações que ela faz regularmente, com o intuito de identificar os desafios antecipadamente e executar os ajustes de maneira oportuna.

67. O Comitê Executivo acolheu o relatório e a avaliação conjunta, e afirmou que esse processo havia ajudado a aumentar a transparência, melhorar a prestação de contas e fortalecer a gestão baseada em resultados. O relatório apresentava uma imagem clara do progresso no tocante aos diversos resultados imediatos e intermediários e permitiria aos Estados Membros identificar tanto as práticas que haviam possibilitado alcançar os resultados previstos, como as áreas em que era necessário fazer um esforço maior. Vários delegados assinalaram que a experiência da Região das Américas, ao ser a primeira das regiões da OMS a fazer essa avaliação conjunta, poderia ser útil para outras regiões; além disso, as lições extraídas poderiam ser traduzidas em boas práticas para os países da Região, servir como orientação para a formulação de políticas de saúde e levar a uma maior complementaridade entre os níveis nacional e regional. Solicitou-se à Repartição que explicasse como os resultados da avaliação seriam usados na elaboração de planos futuros.

68. Destacou-se que a Região havia avançado consideravelmente no combate às disparidades no campo da saúde e na abordagem dos determinantes sociais e ambientais da saúde e que haviam sido alcançados alguns marcos históricos em matéria de saúde pública durante o biênio, os quais eram motivo de comemoração. Ao mesmo tempo, chamou-se a atenção para vários desafios persistentes que exigiam esforço redobrado, como a lenta redução da mortalidade materna. Salientou-se a necessidade de um compromisso contínuo com a saúde e os direitos da mulher e da criança, bem como com a garantia do seu acesso aos serviços de saúde. A violência contra a mulher também foi considerada uma questão de saúde pública prioritária, a qual exigia atenção permanente. Foi destacada a necessidade de continuar a trabalhar rumo à cobertura universal de saúde e de fortalecer os sistemas de

saúde para manter as conquistas obtidas, e foi sublinhada a importância de formar e manter capacidades básicas de resposta e gerenciamento de emergências conforme estipulado no Regulamento Sanitário Internacional (ver os parágrafos 287 a 296 abaixo).

69. Com respeito aos déficits de financiamento, considerou-se que a adoção de um orçamento integrado poderia facilitar a mobilização e a alocação estratégica de recursos para as áreas prioritárias identificadas pelos Estados Membros. A Repartição foi incentivada a ampliar a sua base de doadores, e os Estados Membros foram convocados a oferecer financiamento mais flexível.

70. Destacou-se que ainda faltava aperfeiçoar certos aspectos da metodologia de avaliação, em particular como resolver os desacordos entre a Repartição e os Estados Membros com respeito aos resultados da avaliação. A esse respeito, uma delegada observou que, embora a Repartição houvesse tido a oportunidade de validar os resultados apresentados pelos Estados Membros, estes não haviam participado da validação dos resultados apresentados pela Repartição no âmbito da categoria 6 do Plano Estratégico (Serviços institucionais e funções facilitadoras). A delegada solicitou esclarecimentos sobre como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável seriam incorporados às futuras avaliações, qual era o significado de “facilitador” no relatório e como o trabalho na Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais havia afetado negativamente a mobilização de recursos pela OPAS, conforme indicado no parágrafo 149 do relatório. Além disso, sugeriu que deveria ser acrescentada uma nota para explicar do que se tratava a iniciativa Cidades e Comunidades Amigas do Idoso.

71. Vários delegados levantaram questões sobre as metas dos resultados imediatos e intermediários que não haviam sido alcançadas, além de destacarem a necessidade de estabelecer metas realistas, quantificáveis e factíveis. Um membro do Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico (ver os parágrafos 84 a 93 abaixo) se perguntou por que alguns dos indicadores continuavam a ser problemáticos, apesar do tempo e esforço consideráveis investidos na sua elaboração, validação e aperfeiçoamento. Assinalou-se que era preciso encontrar uma maneira de avaliar não apenas o desempenho em áreas programáticas específicas, mas também o desempenho geral de funções essenciais da saúde pública como a promoção da saúde, vista como essencial para prevenir as doenças não transmissíveis, uma causa crescente de mortalidade e morbidade em todos os países da Região. Também foi destacada a necessidade de encontrar uma maneira de facilitar a coleta de informações sobre os indicadores que exigiam trabalho intersetorial, bem como fortalecer esse trabalho.

72. Após agradecer aos delegados a leitura cuidadosa de um relatório tão extenso, o Sr. Walter, assinalou que o documento ainda era uma versão preliminar e seria revisto antes de ser apresentado na sua forma definitiva ao Conselho Diretor. Assim, os Estados Membros teriam a oportunidade de apresentar mais observações adicionais após haverem tido a oportunidade de examinar a versão preliminar mais detidamente. A Repartição providenciaria que o relatório final tratasse das solicitações de esclarecimentos do Comitê, bem como das outras observações recebidas posteriormente.

73. O Sr. Walter observou que as consultas com alguns Estados Membros ainda estavam em curso e que, portanto, os resultados referentes a esses países ainda não eram

definitivos. A Repartição continuaria em contato com esses Estados Membros a fim de chegar a um acordo e obter resultados definitivos antes do Conselho Diretor. Como a classificação em um único país poderia mudar um resultado de “alcançado parcialmente” para “alcançado”, era importante assegurar que os resultados informados fossem validados e definitivos. Reconheceu que os Estados Membros não haviam recebido muitos insumos para a avaliação da categoria 6, mas garantiu ao Comitê que havia sido um processo exaustivo e bem documentado e afirmou que a Repartição teria a satisfações de explicar como havia chegado às classificações nessa categoria.

74. Com respeito a como os resultados da avaliação seriam usados, observou que a Repartição havia feito a sua própria avaliação interna antes de levar a cabo a avaliação conjunta com os Estados Membros e havia elaborado os seus planos de trabalho para o biênio 2016–2017 e anos subsequentes a fim de abordar as deficiências identificadas na avaliação interna. Ela continuaria a usar os resultados da avaliação no seu planejamento daí em diante.

75. A avaliação ofereceu a oportunidade de examinar mais uma vez alguns indicadores que pareciam não ser realistas ou que haviam se mostrado difíceis de medir devido à falta de dados. Um dos desafios nesse sentido foi que a OPAS precisava usar, essencialmente, os mesmos indicadores que a OMS, e que alguns desses indicadores revelaram certas inadequações. A Repartição continuaria a trabalhar com o Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico para melhorar os indicadores e as metas.

76. A Diretora, após enfatizar que os avanços destacados no relatório refletiam o empenho da Repartição e dos Estados Membros para colaborar, manifestou suas gratidão aos funcionários dos 51 países e territórios que haviam participado da avaliação. Ela concordou que a mortalidade materna continuava a ser um sério motivo de preocupação. A taxa de mortalidade materna era reflexo direto da qualidade da atenção e da situação dos serviços de saúde, mas também estava vinculada à pobreza e iniquidade, bem como a fatores culturais. No biênio 2014–2015 a Repartição havia alocado um financiamento significativo para as atividades interprogramáticas conjuntas nessa área, tanto na Sede como nas representações. Esse trabalho prosseguiria, e essa questão continuaria a ser uma prioridade no biênio atual e nos anos seguintes.

77. Com respeito a informar sobre o desempenho das funções essenciais da saúde pública, ela assinalou que algumas dessas funções — como o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, a garantia da qualidade, o monitoramento e avaliação, a vigilância e pesquisa, e o fortalecimento das regulamentações de saúde pública — já estavam sendo avaliadas como parte de diversas áreas programáticas. Contudo, a Repartição consideraria como avaliar algumas que poderiam exigir um enfoque mais holístico. A Diretora acrescentou que talvez não fosse viável fazer essa avaliação a cada biênio, mas que ela poderia ser incorporada à análise feita ao fim de cada quinquênio.

78. O Comitê tomou nota do relatório.

Avaliação preliminar da implementação da Política do Orçamento da OPAS (Documento CE158/12)

79. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia sido informado de que uma avaliação preliminar da implementação da política orçamentária adotada em 2012 havia indicado que a política alcançara os resultados propostos sem consequências adversas imprevistas que justificassem qualquer ajuste antes da avaliação aprofundada a ser feita no fim do biênio atual. O Subcomitê também havia tomado conhecimento de vários assuntos que poderiam afetar a política orçamentária, como a adoção de um orçamento integrado no biênio 2014–2015, a revisão da metodologia de priorização programática e a adoção da nova metodologia de alocação estratégica das margens orçamentárias da OMS, com o consequente aumento da alocação da OMS para as Américas.

80. O Subcomitê havia acolhido os resultados da avaliação provisória e manifestado seu apoio aos princípios que sustentavam a política orçamentária, em particular a maior justiça e equidade na alocação dos recursos. Também havia expressado seu apoio à aplicação contínua da política, embora houvesse reconhecido talvez fosse necessário fazer alguns ajustes para abrir espaço para a adoção do orçamento integrado e outras mudanças que haviam ocorrido desde a adoção da política. O alinhamento da política de alocação de recursos com os objetivos e prioridades nacionais foi aplaudido, e manifestou-se apoio à alocação diferencial do financiamento aos países-chave com necessidades especiais.

81. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que a política atual do orçamento resolvia várias deficiências da política anterior, como os critérios de alocação de recursos que haviam deixado alguns Estados Membros sem orçamento suficiente para apoiar uma presença mínima da OPAS. A avaliação provisória indicara que a política havia assegurado que todos os países recebessem um financiamento básico suficiente e pudessem manter uma presença mínima da OPAS e que as alocações dos países-chave estavam protegidas. A Repartição não via nenhuma razão imperiosa para fazer qualquer mudança antes da avaliação da política ao fim do biênio.

82. No debate que se seguiu, foram louvados o alto nível de cumprimento da política e a constatação de que havia sido mantida uma presença mínima da OPAS em todos os países e territórios, inclusive nos que haviam se tornado membros associados da OPAS recentemente. Manifestou-se apoio à recomendação da Repartição de que nenhuma mudança deveria ser feita na política antes da avaliação de fim de biênio, momento em que seria avaliado o efeito das mudanças aprovadas desde 2012.

83. O Comitê tomou nota do relatório.

Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS (Documento CE158/13)

84. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia considerado uma versão

anterior do documento sobre o método de Hanlon adaptado pela OPAS para a estratificação de prioridades elaborado em conjunto pela Repartição e pelo Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico. O Subcomitê havia felicitado o Grupo Consultivo e a Repartição pelo trabalho realizado para aprimorar o método de estratificação de prioridades havia agradecido ao México e ao Canadá sua liderança no processo. Os delegados haviam manifestado seu apoio às modificações feitas para adaptar o método de Hanlon para uso pela OPAS, sobretudo o acréscimo de fatores de iniquidade e posicionamento. Embora tenha sido reconhecida a necessidade de uma fórmula objetiva de priorização, também foi considerado importante assegurar flexibilidade suficiente para permitir à Organização tratar das emergências que pudessem surgir.

85. O Sr. Rony Maza (Assessor Sênior Interino, Unidade de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do Desempenho, RSPA) passou em revista os antecedentes que haviam levado ao desenvolvimento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas, observando que uma metodologia de priorização era especialmente necessária quando havia muitas exigências, porém recursos insuficientes para atender a todas. Desde 2013, um grupo de 12 Estados Membros nomeados pelo Comitê Executivo havia trabalhado em estreita colaboração com a Repartição para elaborar o método descrito no Documento CE158/13. A composição do grupo havia variado um pouco ao longo dos anos, mas todas as sub-regiões sempre estiveram representadas. Os seus membros também haviam representado várias disciplinas, como o planejamento, a saúde pública, a vigilância epidemiológica e as relações internacionais, o que havia enriquecido o método. Vários países haviam desempenhado funções de liderança de especial destaque, como o Brasil, Canadá, Equador, El Salvador e México.

86. O grupo havia feito uma análise minuciosa de cerca de 15 métodos de priorização e havia chegado à conclusão de que, com algumas modificações, o método de Hanlon adaptado pela OPAS e usado para orientar a alocação dos recursos no âmbito do Plano Estratégico 2014–2019 da OPAS seria o melhor método para os objetivos da Organização. Entre as melhorias de maior destaque feitas no método, figuram as definições mais claras dos componentes e o ajuste dos critérios de pontuação, com a separação de áreas programáticas voltadas para doenças e não voltadas para doenças; a simplificação do método para facilitar seu uso nos países e o acréscimo de um fator de iniquidade e de um fator de posicionamento institucional. O fator de iniquidade levava em consideração desigualdades evitáveis na ocorrência de doenças e no acesso a programas de saúde, ao passo que o fator de posicionamento classificava em que medida a OPAS estava posicionada de maneira singular para agregar valor em uma área programática.

87. O Documento CE158/13 apresentou mais detalhes sobre os aperfeiçoamentos feitos no método e fórmula para a definição de prioridades. Atualmente, a Repartição estava preparando os materiais para a capacitação sobre o método e ofereceria capacitação ao pessoal no nível nacional. Além disso, estava sendo elaborado um artigo sobre o método de Hanlon adaptado pela OPAS para publicação em uma revista científica arbitrada, o que permitiria os planejadores em outras regiões da OMS e em outros organismos tirar partido da experiência da OPAS. Por extensão, esse artigo científico também ajudaria a promover a OPAS e seu trabalho.

88. O Comitê Executivo acolheu o método aperfeiçoado, considerado uma ferramenta útil que tornaria a alocação de recursos mais eficaz, mais voltada para as necessidades e prioridades, e mais equitativa. Manifestou-se firme apoio à fórmula de estratificação das prioridades, sobretudo aos fatores de iniquidade e posicionamento institucional. Os delegados elogiaram o trabalho do Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico e agradeceram ao México, Equador e Canadá sua liderança. Os delegados também felicitaram a Repartição pelo seu apoio ao processo. Considerou-se que o processo participativo para elaborar, aperfeiçoar e testar a metodologia constituiu um exemplo das melhores práticas e deveria ser repetido em outras situações. Esse processo e o compromisso demonstrado por todos os participantes constituíram um testemunho do pan-americanismo que distinguia a Organização. Os delegados também acolheram o plano para documentar o que havia sido aprendido durante o processo, a fim de pôr o método à disposição de outros e permitir que a comunidade de saúde pública o examinasse e tecesse seus comentários.

89. A delegada do México, Presidente do Grupo Consultivo sobre o Plano Estratégico, observou que, na última reunião do Grupo, havia sido sugerido que as planilhas dos indicadores do Plano Estratégico fossem adaptadas de modo a mostrar qual dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estava sendo abordado em cada indicador. Ressaltou que a proposta não era modificar os indicadores, mas sim vinculá-los aos Objetivos. Ela também observou que a estratificação de prioridades tinha componentes técnicos e políticos. O Grupo Consultivo havia abordado principalmente o lado técnico ao elaborar a fórmula para a classificação das prioridades, porém ainda faltava o lado político, motivo pelo qual era necessário conscientizar as autoridades de alto nível sobre o método. Outros delegados concordaram com a importância de informar os ministros da saúde e outras autoridades sobre o método.

90. Com respeito ao projeto de resolução contido no Documento CE158/13, embora tenha sido reconhecida a utilidade que o método poderia ter no nível nacional, alguns delegados assinalaram que deveriam ser feitos mais testes antes de incentivar os Estados Membros a adotá-lo e usá-lo e antes de poder descrevê-lo como uma das melhores práticas. Assim, foi sugerido que a expressão “melhores práticas” fosse substituída na resolução por “ferramenta útil” e que os Estados Membros fossem convidados a considerar, em vez de promover, seu uso no nível nacional para embasar a definição de prioridades.

91. O Sr. Maza observou que o Grupo Consultivo havia se esforçado para criar um método que fosse útil não apenas dentro da OPAS, mas também em um contexto mais amplo. Observou também que uma equipe técnica dentro da Repartição estava trabalhando na vinculação dos indicadores do Plano Estratégico com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ver os parágrafos 309 a 316 abaixo).

92. A Diretora disse que o processo de elaboração do método havia demonstrado o que a Repartição e os Estados Membros poderiam conseguir ao trabalhar em conjunto e havia lançado luz sobre o que a Organização tinha de melhor. Expressou seu agradecimento aos membros do Grupo Consultivo e manifestou que tinha esperança de que, com o passar do tempo, o método seria adotado como parte das melhores práticas e ajudaria a influenciar a definição de prioridades não apenas na Região, mas também fora dela.

93. O projeto de resolução foi modificado de modo a refletir as sugestões feitas durante a discussão e foi aprovada na forma da Resolução CE158.R7, na qual se recomenda que o Conselho Diretor aprove o método.

Sistemas de saúde resilientes (Documento CE158/14)

94. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA), ao apresentar o documento de política sobre esse tema, destacou que a combinação de períodos de crescimento econômico sustentado e políticas para aliviar a pobreza e melhorar a saúde nos 30 anos anteriores havia resultado em melhorias significativas em resultados em termos de saúde e expectativa de vida na Região. Os sistemas de saúde dos países haviam se tornado mais inclusivos e receptivos, e o acesso aos serviços de saúde havia sido ampliado. Contudo, os sistemas de saúde continuavam a ser vulneráveis, conforme havia sido demonstrado pelos recentes surtos da doença do vírus Zika e pela ameaça da doença causada pelo vírus Ebola. Além disso, havia riscos em curso que afetavam a sustentabilidade e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, como a fraca governança, o ônus crescente das doenças não transmissíveis e a disponibilidade inadequada de medicamentos, tecnologias em saúde, profissionais de saúde e financiamento para a saúde. Ademais, em consequência da globalização, os sistemas de saúde estavam se tornando cada vez mais interligados e interdependentes.

95. O documento de política definiu a resiliência dos sistemas de saúde como a capacidade para absorver perturbações e responder e recuperar-se mediante a prestação oportuna dos serviços necessários, assim como a capacidade dos agentes de saúde, instituições e populações de preparar-se para fazer face a situações de crise e responder a elas de forma eficaz, manter as funções essenciais quando surge uma crise e, com base nas lições extraídas, reorganizar-se conforme as necessidades exijam. O documento também descreveu as características de um sistema de saúde resiliente ofereceu orientações em termos de política aos Estados Membros em apoio ao desenvolvimento de sistemas de saúde receptivos e adaptáveis diante das ameaças imediatas e futuras. Defendia-se um enfoque que visava a aumentar progressivamente a resiliência por meio da atuação nas áreas centrais de política para o fortalecimento dos sistemas de saúde, determinantes sociais da saúde, redução dos riscos, vigilância em saúde pública, aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e controle do surto de doenças.

96. O Comitê Executivo acolheu os esforços da Repartição para promover o fortalecimento e a resiliência dos sistemas de saúde. Os delegados reafirmaram a importância da resiliência, sobretudo no contexto dos recentes surtos de doenças e também considerando os compromissos estabelecidos com respeito aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. As delegadas do Brasil e Equador comentaram que seus governos haviam comprovado a importância da resiliência dos sistemas de saúde, pois seus países haviam enfrentado surtos da doença do vírus Zika (Brasil) e as consequências de um terremoto (Equador).

97. Destacou-se a necessidade de colaboração multissetorial para construir sistemas resilientes, bem como a necessidade de investimento no longo prazo. Ressaltou-se que

fazer investimentos no longo prazo no fortalecimento dos sistemas de saúde tinha uma relação custo–benefício melhor do que financiar a resposta a emergências no curto prazo. Os delegados citaram vários fatores e medidas que aumentariam a resiliência dos sistemas de saúde, como a implementação e manutenção das capacidades básicas no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional, o esforço sustentado para alcançar a cobertura universal de saúde, o fortalecimento das funções essenciais da saúde pública e os esforços para abordar os determinantes sociais da saúde.

98. Ressaltou-se que sistemas nacionais de saúde fortes precisavam ser complementados por uma forte liderança regional e mundial para garantir respostas coordenadas às emergências de saúde, e a RSPA foi incentivada a continuar a trabalhar com a Secretaria da OMS na formulação do novo Programa de Emergências de Saúde da OMS. Mencionou-se a necessidade de implementar um sistema normativo com regras e protocolos claros, inclusive com protocolos para gerenciar emergências e canalizar recursos e doações. Uma forte liderança por parte da autoridade sanitária e um sistema de governança transparente e participativo foram vistos como fundamentais. Além disso, considerou-se essencial manter sistemas de informação robustos, como o registro civil e os sistemas de estatísticas vitais. A importância de promover uma cultura de resiliência e autonomia dos agentes sociais para que contribuíssem para o aumento da resiliência também foi enfatizada.

99. A maioria dos delegados manifestou seu apoio ao conteúdo do documento de política. Contudo, uma delegada questionou o valor agregado do documento e do projeto de resolução que o acompanhava, pois as diversas iniciativas e acordos mundiais e regionais mencionados no documento — como a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e o Regulamento Sanitário Internacional — constituíam uma estrutura normativa sólida para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Ela sugeriu que, no intuito de evitar a duplicação de esforços fazer um uso mais eficaz dos recursos, talvez fosse preferível reorientar o documento e a resolução para o reforço das iniciativas existentes, para as quais já havia sido alocado financiamento. Outra delegada assinalou que, embora o documento se concentrasse na resiliência, vários parágrafos refletiam a ênfase em um enfoque de risco. Na opinião dela, o foco deveria recair sobre os fatores que melhorariam a preparação e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e permitiriam a esses sistemas resistir às pressões ou adversidades, sobretudo em uma situação de emergência.

100. Os delegados sugeriram várias modificações no projeto de resolução contido no Documento CE158/14, de acordo com as observações feitas durante a discussão. Observando que o projeto de resolução solicitava ao Conselho Diretor a aprovação da política, um delegado manifestou a opinião de que os Órgãos Diretores não deveriam, por uma questão de princípio, aprovar documentos de política; esse endosso deveria ser reservado aos documentos que houvessem sido objeto de discussão e negociação pelo Estado Membro antes de ser apresentado aos Órgãos Diretores. Ele não acreditava que a Repartição precisasse de um mandato dos Estados Membros para seguir adiante com o seu trabalho na área da resiliência dos sistemas de saúde, que ele apoiava vivamente.

101. O Dr. Fitzgerald agradeceu aos delegados as sugestões para melhorar o documento, que a Repartição levaria em conta ao revisá-lo para a apresentação ao Conselho Diretor.

Observou que a discussão sobre a resiliência era central para o desenvolvimento de sistemas de saúde robustos, receptivos, adaptáveis e previsíveis que fossem capazes de fazer face tanto aos acontecimentos de curto prazo envolvendo múltiplos riscos, como ameaças mais sustentadas no longo prazo. A resiliência dos sistema de saúde também era central para a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. Ele concordou que o investimento no longo prazo apresentava uma relação custo-benefício bem melhor em comparação com montar uma resposta a curto prazo para enfrentar o surto de uma doença ou outra emergência. Ademais, o investimento em sistemas de saúde resilientes e robustos que tivessem a capacidade de absorver choques, adaptar-se e dar uma resposta, além de poder se reorganizar quando necessário, poderia mitigar o impacto de surtos e catástrofes naturais na Região no futuro.

102. O projeto de resolução contido no Documento CE158/14 foi modificado de modo a refletir as observações feitas durante a discussão e foi aprovado como a Resolução CE158.R12.

Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde estratégicos e de alto custo (Documento CE158/15)

103. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) apresentou o documento de política e destacou que o acesso equitativo e oportuno a serviços de saúde abrangentes e de alta qualidade, bem como a medicamentos seguros, de alta qualidade, e com boa relação custo-benefício (inclusive os de alto custo), era um requisito para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Observou também que os gastos com medicamentos e outras tecnologias em saúde representavam a porcentagem mais elevada do custo do tratamento e da atenção nos países da Região, consumindo uma proporção ainda maior dos orçamentos de saúde nacionais e ameaçando a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A rápida difusão, a adoção e o uso inadequado de novos produtos foram importantes fatores por trás do aumento dos custos da saúde nos sistemas de saúde e dos baixos resultados em termos de saúde.

104. O documento de política apresentava um panorama do problema multidimensional do acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo, além de propor opções de política que garantiriam o acesso ampliado e sustentável a esses produtos. Além disso propunha políticas e/ou estratégias nacionais amplas que forneceriam soluções sustentáveis e eficazes que levariam as necessidades dos sistemas de saúde em consideração.

105. Quadros jurídicos e regulatórios apropriados eram cruciais não apenas para garantir a segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos e outras tecnologias em saúde, mas também para apoiar a introdução de novos produtos nos sistemas de saúde. Uma vez que produtos eram oferecidos nos sistemas de saúde, era importante o seu uso racional, inclusive com a elaboração e aplicação de protocolos de tratamento e diretrizes, combinadas com a vigilância necessária das práticas da prescrição. Ademais, os mecanismos para incorporar e regulamentar tecnologias de alto custo serviriam de elemento para desestimular a demanda por medicamentos e tecnologias em saúde de alto custo, porém ineficazes. A política também examinou as oportunidades para a inovação a

fim de fazer face aos obstáculos ao acesso aos medicamentos de alto custo por meio da atuação em múltiplos países e/ou em nível regional, negociações de preço conjuntas e a combinação das compras por meio de mecanismos como o Fundo Rotativo de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da OPAS (comumente chamado de “Fundo Estratégico”).

106. O Comitê Executivo acolheu o documento de política e elogiou seu enfoque integrado. Os delegados observaram que os medicamentos eram produtos essenciais de saúde pública e salientaram a importância de tomar medidas para criar mecanismos que garantissem um acesso mais amplo aos medicamentos essenciais e às tecnologias em saúde para ajudar a alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.

107. Embora houvesse consenso em torno de muitos aspectos do documento — como a importância da tomada de decisões com base científica; a prescrição racional; o uso das avaliações de tecnologia em saúde e outras medidas ao considerar o custo dos medicamentos; o aumento da transparência e a melhoria da prestação de contas; a ênfase na qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos; e o uso dos medicamentos genéricos e equivalentes terapêuticos —, foi sugerido que o documento poderia ser melhorado se o seu objetivo e alcance fossem mais claros. Considerou-se que o foco deveria recair sobre como os sistemas de saúde poderiam administrar, de forma sustentável, o acesso a medicamentos e tecnologias em saúde, inclusive novos produtos farmacêuticos de alto custo, produtos biológicos, dispositivos médicos e produtos de saúde de uma única fonte. O uso racional dos medicamentos e tecnologias em saúde foi considerado crucial nesse sentido. Os delegados também sentiram que certos conceitos constantes do documento precisavam ser aclarados, como “medicamentos estratégicos”, “medicamentos e tecnologias em saúde de alto custo”, “boa governança dos medicamentos”, “listas explícitas de medicamentos”, “medicamentos de qualidade de diversas origens”, “apoio para a prescrição”, “políticas nacionais abrangentes” e “incentivos abrangentes dirigidos aos prescrevíveis”.

108. Um tema que gerou considerável preocupação entre os delegados que fizeram uso da palavra foi a indústria farmacêutica e suas práticas. Vários delegados apontaram para os direitos de propriedade intelectual e patentes como barreiras ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde, observando que, por exemplo, havia medicamentos para o tratamento da infecção pelo HIV que salvam vidas, mas que, por seu preço elevado, estava fora do alcance da maioria dos pacientes. Uma delegada instou os países a criarem mecanismos para administrar os direitos de propriedade intelectual e aproveitassem por completo as flexibilidades para a saúde pública oferecida no âmbito do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC). Outro delegado, embora reconhecesse a importância da questão, citou a necessidade de proteger o sistema de inovação em matéria de medicamentos para que houvesse acesso a medicamentos não apenas hoje, mas também no futuro.

109. Vários delegados criticaram a ênfase da indústria farmacêutica nos lucros em detrimento das pessoas, manifesta não apenas na sua postura agressiva quanto os direitos de propriedade intelectual, mas também na cobrança de preços extorsivos e na publicidade enganosa dos medicamentos. Um delegado sugeriu que a resolução deveria trazer uma solicitação à Diretora para que elaborasse um marco de princípios éticos para a comercialização dos medicamentos, junto com um código de conduta para orientar o

comportamento dos agentes da indústria farmacêutica no que se refere à comercialização. Uma delegada sugeriu que deveriam ser implementados mecanismos para assegurar a transparência no mercado e fortalecer a capacidade no que se refere à propriedade intelectual, registro de medicamentos e regulamentação do mercado farmacêutico.

110. Houve consenso em torno da necessidade de negociações coletivas de preços para os produtos estratégicos. Os delegados fizeram referência ao êxito do Fundo Rotativo e do Fundo Estratégico da OPAS para obter economias de escala. Destacou-se que os países do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) também haviam conseguido reduzir os preços mediante a aquisição de grandes volumes. A importância de estimular a produção local de medicamentos também foi ressaltada.

111. Vários delegados observaram que, em alguns países, o setor judicial estava desempenhando uma função cada vez mais importante ao determinar o acesso a medicamentos, enfatizando que era inadequado que os juízes — que não tinham as qualificações médicas para prescrever um tratamento — decidissem se pacientes deveriam receber medicamentos que haviam solicitado. Foi citada a necessidade de o setor de saúde oferecer orientação aos juízes nesses assuntos.

112. Representantes da Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas (ALIFAR) e da Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA) asseguraram que seu objetivo era o bem-estar das populações. Eles se comprometeram a continuar a trabalhar com a Repartição e com os Estados Membros para garantir o fornecimento adequado de medicamentos de qualidade a um custo razoável por meio de negociações com a indústria farmacêutica internacional.

113. O Dr. Fitzgerald, ao referir-se -se ao alcance e objetivos gerais do documento, recordou que, em 2004, o Conselho Diretor havia aprovado uma resolução sobre o acesso aos medicamentos e seu uso racional.⁴ O documento relacionado com a resolução havia tido um caráter muito geral e, em um evento paralelo organizado em conjunto com o 54º Conselho Diretor, em 2015, os Estados Membros indicaram que era necessário um enfoque mais específico, que se centrasse nos problemas que estavam impactando os sistemas de saúde na Região, como o alto custo de alguns medicamentos. A Repartição havia redigido o documento de política com isso em mente, buscando abordar as questões do acesso aos medicamentos, iniciativas para promover o uso racional e os elementos existentes para apoiar a atuação no nível nacional. Além disso, ele havia examinado como as políticas farmacêuticas relacionadas com a política de saúde, a política de ciência e tecnologia, e a política econômica. O componente regulamentar do documento de política tratou das questões da qualidade, segurança e eficácia levantadas por diversos delegados, destacando a função do governo, sobretudo dos ministérios da saúde, para fortalecer a capacidade regulatória a fim de ampliar o acesso aos medicamentos, inclusive aos de alto custo.

114. Com respeito ao acesso a produtos de uma única fonte, ressaltou que alguns medicamentos essenciais agora estavam enquadrados nessa categoria, inclusive os

⁴ Resolução CD45.R7.

medicamentos para o tratamento da hepatite C e os novos tratamentos contra o câncer. O documento de política propunha um enfoque que previa examinar as características dos produtos de alto custo e formular estratégias diferenciadas, dependendo das características do produto em questão, dentro de um enfoque geral de política que buscasse ampliar o acesso a esses produtos dentro do sistema de saúde.

115. A Diretora comentou que esse tema da agenda havia gerado grande interesse e com razão, pois os medicamentos e tecnologias em saúde de alto custo eram um dos motivos para os gastos desmesurados e constituíam um grande obstáculo ao acesso à saúde.

116. Em vista do número de observações sobre o Documento CE156/15 e as sugestões de mudança no respectivo projeto de resolução, o Comitê decidiu formar um grupo de trabalho para revisar o projeto de resolução. Posteriormente, o Dr. Rubén Nieto (Argentina), presidente do grupo de trabalho, informou que, embora houvessem sido incluídos interesses e visões opostos, a honestidade intelectual, o entusiasmo e o compromisso filosófico haviam permitido aos membros do grupo de trabalho chegar a um consenso quanto ao alcance do texto do projeto de resolução a ser recomendado para aprovação pelo Conselho Diretor. A resolução revista captada, de maneira equilibrada, as questões e expectativas que as delegações haviam manifestado durante a discussão sobre o conteúdo conceitual do documento.

117. O Comitê Executivo aprovou a resolução com as modificações feitas pelo grupo de trabalho (Resolução CE158.R16). Ficou acordado que seriam feitas consultas entre sessões antes do 55º Conselho Diretor para chegar a um acordo sobre as revisões do documento de política.

Saúde dos migrantes (Documento CE158/16, Rev. 1)

118. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) apresentou o documento de política sobre esse tema e observou que, atualmente, a migração humana era um das áreas mais difíceis da saúde mundial. Cerca de 61,4 milhões de migrantes viviam na Região atualmente. A migração inter-regional nas Américas havia aumentado consideravelmente, assim como a migração dentro dos países. Políticas e estratégias de saúde nacionais e mundiais não haviam avançado no mesmo ritmo dos desafios crescentes relacionados com a velocidade e diversidade da migração moderna e não abordaram suficientemente as iniquidades em matéria de saúde e os determinantes da saúde dos migrantes, como as barreiras ao acesso a serviços de saúde, o emprego e condições de vida adequadas.

119. O documento de política apresentava uma análise da situação da saúde dos migrantes nas Américas, reconhecia que os migrantes constituíam um grupo populacional importante que vivia em situação de vulnerabilidade e, aproveitando resoluções recentes da OPAS, apresentou um conjunto de opções de política que os Estados Membros poderiam considerar de modo a fazer face às necessidades de saúde desse grupo. O documento propunha que a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde deveria constituir o marco fundamental para a atuação dos sistemas de saúde para proteger a saúde e o bem-estar dos migrantes. Destacava a necessidade de garantir o acesso

a serviços de saúde que fossem inclusivos e respondessem às suas necessidades em termos de saúde, tanto nos países de trânsito como nos países de destino. Além disso, indicava que os migrantes necessitavam do mesmo nível de proteção financeira no que se refere à atenção à saúde que os demais que viviam no mesmo território, fosse qual fosse sua condição jurídica. Por último, observava a necessidade de uma atuação intersetorial para aumentar a resiliência individual e das comunidades e adotar políticas e programas sociais sensíveis à situação dos migrantes.

120. O Comitê Executivo acolheu o documento de política, considerando que era oportuno abordar a questão da saúde dos migrantes. Os delegados reconheceram os esforços da Repartição e dos Estados Membros para garantir o direito à saúde das populações móveis. Esses grupos eram considerados especialmente vulneráveis às ameaças à sua saúde e bem-estar, como a interrupção do acesso à atenção à saúde, a perda dos seus registros e informações de saúde, a exposição aos perigos ambientais e o estigma. Destacou-se a necessidade de levar em conta as questões culturais, religiosas e de gênero.

121. Houve manifestações de apoio às áreas de política identificadas no documento, mas vários delegados solicitaram mais informações sobre como as prioridades seriam traduzidas em ações em colaboração com os interessados diretos. No tocante ao direito dos migrantes à atenção à saúde, vários delegados o vincularam ao direito à saúde, observando que os países que negavam a atenção à saúde aos migrantes com base na sua situação migratória estavam negando não apenas o direito à saúde, mas, em algumas ocasiões o direito à própria vida. Ao mesmo tempo, assinalou-se que nem todos os países reconheciam a existência de um direito à saúde amparado em lei, e solicitou-se que tanto o documento como o respectivo projeto de resolução fosse modificado de modo a refletir esse fato. Sugeriu-se acrescentar os termos “onde ele é reconhecido nacionalmente”, retirados da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, após as referências ao direito à saúde, bem como alinhar o texto com a Constituição da OMS ao fazer referência ao “direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde”.

122. Um delegado, observando que o projeto de resolução recomendava que o Conselho Diretor adotasse o documento de política, sugeriu que o documento deveria ser acolhido, mas não adotado, uma vez que, na realidade, não era uma política, mas sim um enfoque, e a palavra “adotar” tinha implicações jurídicas que dificultariam a introdução de modificações mais tarde. Uma delegada sugeriu que a resolução solicitasse que a Diretora criasse um repositório de informações sobre as experiências exitosas no campo da saúde dos migrantes nos países da Região para facilitar a cooperação e o intercâmbio de experiências entre os Estados Membros.

123. Solicitou-se que fosse esclarecido o significado da expressão “proteção financeira” na resolução. Além disso, sugeriu-se que, em vez de os Estados Membros serem instados a assegurar que os migrantes tivessem acesso ao mesmo nível de proteção financeira em saúde como outras pessoas que vivem no mesmo território, que fossem instados a trabalhar em prol desse objetivo. Nesse sentido, ressaltou-se que alguns países não estavam em condições para assegurar essa proteção nem mesmo às suas próprias populações. Ademais, manifestou-se preocupação com uma disposição relacionada que indicava que os

migrantes deveriam ter acesso a intervenções em outros setores que abordassem os determinantes da saúde.

124. Vários delegados descreveram os esforços empreendidos por seus países para enfrentar a situação das populações móveis. Destacaram a existência de legislação que garantia o acesso igualitário dos migrantes aos serviços de saúde, capacitação para sensibilizar os funcionários da área de saúde, convênios recíprocos com países vizinhos relativamente aos serviços de saúde e de outros tipos para migrantes, sistemas de informação em saúde para monitorar a saúde dos migrantes e a educação em saúde para os migrantes. Além disso, mencionaram a necessidade de parcerias, redes e cooperação Sul-Sul para suprir as necessidades de saúde dos migrantes, sobretudo nas zonas de fronteira. Uma delegada descreveu os serviços prestados aos migrantes antes da chegada ao seu país para proteger não apenas a saúde deles, mas também a saúde dos cidadãos do país. Um delegado levantou a questão dos funcionários da área de saúde que migram para melhorar sua qualidade de vida, uma circunstância que tinha graves implicações nos casos em que os serviços de saúde no país de origem não dispunha de pessoal suficiente.

125. Os delegados da América Central observaram que o aumento da migração havia criado sérios problemas na sua sub-região, aumentando a vulnerabilidade dos países não apenas em termos do ônus gerado para os sistemas de saúde e orçamentos de saúde em decorrência dos grandes volumes de novos pacientes, mas também devido à importação de doenças. Ademais, foram destacados possíveis problemas associados ao retorno dos migrantes dos Estados Unidos, o destino final da maioria dos migrantes da sub-região.

126. O Dr. Fitzgerald, acolheu o reconhecimento da relevância e importância do tema e destacou que os delegados haviam reconhecido que os migrantes eram pessoas que se encontravam em uma situação de vulnerabilidade e, assim, precisavam de atenção especial às suas necessidades diferenciadas. Destacou também o consenso entre os delegados que haviam feito uso da palavra de que o marco fundamental para o acesso universal à saúde e a cobertura de saúde fornecia as orientações estratégicas e de política necessárias para que os Estados Membros suprissem essas necessidades diferenciadas. Reconheceu as dificuldades mencionadas pelos delegados com respeito à proteção social, financeira e de saúde dos migrantes, assinalando que essa proteção era um elemento central da linha estratégica 3 da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. A expressão “proteção financeira”, também empregada na Estratégia, significava assegurar que os migrantes não incorressem em gastos catastróficos ao receber serviços de saúde.

127. Quanto às ações específicas necessárias no nível nacional para implementar o enfoque proposto no documento de política, a Repartição sugeria que a saúde dos migrantes fosse incorporada plenamente ao diálogo nacional de políticas sobre o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Ela não deveria ser considerada uma questão separada; as necessidades de saúde da população migrante deveriam ser tratadas nas medidas legislativas e estratégicas tomadas no nível nacional com o objetivo de alcançar a cobertura universal de saúde.

128. A Diretora, ao observar que, obviamente, o tema era motivo de preocupação para muitos países na Região, assinalou que, além de incluir assuntos relacionados com a saúde dos migrantes nas discussões sobre o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, também era importante promover a causa em medida suficiente, sobretudo nos países com elevados índices de migração, para que pudessem conceitualizar em que consistiria a proteção dos direitos humanos dos migrantes e seu acesso aos serviços de saúde, determinar os custos e buscar maneiras de garantir esse acesso.

129. O projeto de resolução foi revisto de modo a incorporar as diversas modificações sugeridas pelos delegados e foi aprovado como Resolução CE158.R11.

Plano de ação para a eliminação da malária 2016–2020 (Documento CE158/17, Rev. 1)

130. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou o projeto do plano de ação, afirmando que a Região das Américas havia trilhado um longo caminho no combate à malária. Contudo, dois países continuavam a notificar aumentos do número de casos, motivo pelo qual a malária continuava a ser uma prioridade.

131. A finalidade do projeto do plano de ação era continuar a avançar rumo à eliminação da transmissão local da malária nos Estados Membros e prevenir o possível restabelecimento da doença. O plano, alinhado com a Estratégia Técnica Mundial para a Malária, continha cinco linhas de ação: acesso universal a intervenções de boa qualidade para a prevenção da malária, controle integrado de vetores e diagnóstico e tratamento da malária; reforço da vigilância da malária para avançar rumo à tomada de decisões e resposta com base científica; fortalecimento dos sistemas de saúde, planejamento estratégico, monitoramento e avaliação, pesquisa operacional e capacitação no nível nacional; iniciativas estratégicas de promoção da causa, comunicação e parcerias e colaborações; e esforços concentrados e métodos sob medida para facilitar a eliminação da malária e prevenir o restabelecimento em áreas livres da doença.

132. O plano era fruto de extensas consultas que haviam se iniciado em abril de 2014 e haviam coincidido com a formulação da Estratégia Técnica Mundial para a Malária. Uma consulta regional foi feita em 2015 e contou com a participação de 25 Estados Membros e 15 instituições parceiras. O plano havia sido refinado ainda mais com os insumos do Grupo Técnico Assessor da OPAS sobre a Malária nas Américas, que havia se reunido na Colômbia em maio de 2016.

133. O Comitê Executivo acolheu o plano de ação, e os delegados manifestaram seu apoio à consecução das metas de eliminação e agradeceram o apoio da Repartição aos seus esforços nesse sentido. Foi observado que o plano de ação reconhecia que o compromisso de interessados diretos e a participação comunitária eram essenciais para impedir o ressurgimento da malária e evitar qualquer redução nas medidas de prevenção e controle. Considerou-se necessário mais coordenação entre os parceiros e interessados diretos na Região para alcançar e manter a eliminação da malária, e foi sugerido que o plano se beneficiaria de estratégias para melhorar essa coordenação e promover o intercâmbio de informações. O fortalecimento e a manutenção da vigilância em todos os níveis do sistema de saúde foi considerado importante para permitir aos países detectar ameaças relacionadas

com a malária e responder de maneira apropriada com o mínimo atraso. Além disso, foi salientada a importância do monitoramento para a detecção precoce da resistência aos medicamentos antimaláricos e inseticidas, assim como a necessidade de abordar os determinantes sociais, econômicos, climáticos e ambientais pertinentes da malária. O delegado da Argentina teve o prazer de notificar que seu país não havia tido casos autóctones da malária desde 2010 e havia começado a eliminar a transmissão autóctone da doença.

134. Destacou-se que as metas e os indicadores contidos no projeto do plano de ação estavam relacionados quase que exclusivamente às metas a serem alcançadas pelos países; embora o plano solicitasse um orçamento de \$30 milhões para a cooperação técnica da Repartição, não havia nenhuma referência no plano às atividades que a Repartição levaria a cabo para ajudar os países a alcançar as metas. Foi solicitado que a Repartição formulasse uma lista de insumos e atividades e a incluísse no documento a ser apresentado ao Conselho Diretor para dar os Estados Membros uma ideia de como os recursos seria gastos e demonstrar o compromisso da Repartição com a consecução dos objetivos conjuntos do plano. Ademais, a Repartição foi instada a considerar como a ferramenta de verificação de dados da malária da OPAS poderia ser aprimorada para ajudar na tomada de decisões, e acompanhar e melhorar o intercâmbio de dados entre os países.

135. O Dr. Espinal aceitou a sugestão sobre a elaboração de uma lista de atividades para a Repartição levar a cabo nos próximos cinco anos e indicou que ela seria incluída no documento a ser apresentado ao Conselho Diretor. Observou que a Argentina havia solicitado a verificação da eliminação da malária e que em breve ela seria certificada como um país livre da malária.

136. A Diretora afirmou que a luta contra a malária na Região havia sido bastante exitosa no que se referia a uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mas mostrou-se preocupada com os dois Estados Membros que continuavam a informar um grande número de casos. A situação no Haiti era particularmente preocupante por causa da ameaça que ela constituía para a República Dominicana. A Repartição continuaria a trabalhar com os dois países, com a ajuda de alguns parceiros, no caso do Haiti. Observou, porém, que havia questões de governança que criavam obstáculos para a redução da transmissão da malária e, até mesmo, para o controle dos casos de malária. Essa situação suscitava um desafio para o qual a Repartição teria de elaborar estratégias que transcendiam as linhas do plano de ação.

137. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R4, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016–2021 (Documento CE158/18, Rev. 1)

138. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA), ao apresentar o projeto do plano de ação, assinalou que, na recente reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, realizada em junho de 2016, havia sido recomendado que se tomassem medidas para pôr

fim à infecção pelo HIV/AIDS como ameaça à saúde pública até 2030. A Região das Américas ainda tinha 2 milhões de pessoas vivendo com o HIV e, embora houvessem sido realizados bons avanços para assegurar-lhes o acesso a tratamento, cerca de 47% ainda não recebiam terapia antirretroviral. Assim, a infecção pelo HIV/AIDS deveria continuar a ser uma prioridade absoluta. Entre os avanços obtidos, destacavam-se a certificação da eliminação da transmissão materno-fetal do HIV em Cuba, com outros 17 países da Região no curso certo para receber certificação semelhante no atual biênio. A Repartição estava trabalhando para que todos os países conseguissem eliminar a transmissão materno-fetal.

139. O plano de ação estava alinhado com as estratégias mundiais da OMS do setor da saúde para o HIV/AIDS, as hepatites virais e as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) para 2016–2021, a estratégia mundial de “ação acelerada” do UNAIDS para o mesmo período e a Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente 2016–2030. Refletia a transição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e contribuiria para a consecução da meta pertinente do ODS 3 (pôr fim à epidemia de AIDS como um problema de saúde pública até 2030). O plano também integrava os objetivos anteriores de eliminar a transmissão materno-fetal do HIV e sífilis com a eliminação de outras doenças transmissíveis, como a infecção perinatal pelo vírus da hepatite B, a doença de Chagas e a tuberculose. Suas quatro linhas estratégicas de ação estavam alinhadas com as orientações estratégicas das estratégias mundiais da OMS para o setor da saúde. Entre os resultados previstos, destacavam-se uma redução substancial de novas infecções pelo HIV e das mortes relacionadas com a AIDS em comparação com a linha de base de 2014, além de reduções da taxa de transmissão materno-fetal do HIV, da incidência da sífilis congênita e de novos casos de câncer do colo uterino.

140. O Comitê Executivo acolheu o plano de ação e elogiou o trabalho da Repartição no combate ao HIV e ISTs, que eram uma causa importante de mortes e deficiências nas Américas e exigiam um enfoque amplo que previsse a participação da sociedade civil e uma perspectiva intercultural e de gênero. Os delegados manifestaram seu apoio ao plano e à sua ênfase nas populações vulneráveis, reafirmando o compromisso dos seus países com a prevenção e controle e salientando a necessidade de fortalecer a vigilância do HIV/ISTs. Houve apoio geral ao alinhamento do plano com as iniciativas mundiais, embora tenha sido observada a necessidade de levar em conta as condições locais. Um delegado exigiu mais atenção à oferta de tratamento antirretroviral, ao longo de toda a vida, a todas as crianças, adolescentes e adultos, independentemente da contagem de células CD4, como forma de reduzir drasticamente as novas infecções e, assim, abrir o caminho para uma geração livre da AIDS. Vários delegados mencionaram a importância da estratégia acelerada para pôr fim à infecção pelo HIV. Foi salientada ainda a importância de abordar os determinantes sociais da saúde e adotar um enfoque de direitos humanos quanto à questão em tela.

141. Os delegados observaram a necessidade de melhorar o acesso a serviços e informações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, combater o estigma e a discriminação, elaborar protocolos de tratamento comuns para uso em todos os programas governamentais e estender a atenção médica para além dos ambulatorios, a fim de chegar

até o sistema de atenção primária. Sugeriu-se que cada país desenvolvesse seu próprio conjunto básico de intervenções e serviços, contendo medidas para fazer face à coinfeção pelo HIV/ISTs. Era geral a preocupação com a escassez regional de penicilina intramuscular de ação prolongada e penicilina intravenosa para o controle da sífilis e a prevenção da sífilis congênita, e um delegado instou a Repartição a trabalhar com os fabricantes para elaborar um plano para reduzir essa escassez.

142. O financiamento sustentável dos programas contra a infecção pelo HIV e as ISTs era outro motivo de preocupação, assim como o aumento dos preços dos medicamentos contra o HIV, que um delegado classificou como oportunista e abusivo. Nesse mesmo sentido, uma delegada pediu que fossem reduzidas as barreiras da propriedade intelectual e do custo dos medicamentos genéricos, enfatizando que os interesses da saúde pública deveriam prevalecer sobre os interesses comerciais. Vários delegados mencionaram que seus países estavam considerando adotar a profilaxia anterior à exposição ao HIV, e um destacou sua eficácia quando combinada com outros mecanismos de prevenção. Outro delegado informou que kits para o autoteste do HIV já estavam disponíveis em farmácias particulares no seu país.

143. Vários delegados solicitaram que se fizessem alterações no documento e na resolução. Um delegado observou que a promoção da causa poderia ser uma questão delicada e propôs que se esclarecesse o texto da resolução para que todos os Estados Membros a entendessem da mesma forma. Outros delegados sugeriram a inclusão de grupos indígenas e mulheres em situações de prostituição (diferentes das mulheres que se identificavam como profissionais do sexo) na lista das principais populações.

144. O Dr. Espinal agradeceu aos delegados suas observações e sugestões e disse que as mudanças sugeridas no documento de trabalho seriam incorporadas antes da reunião do Conselho Diretor.

145. O Dr. Massimo Ghidinelli (Chefe, Unidade do HIV, Hepatite, Tuberculose e Infecções Sexualmente Transmissíveis, RSPA) acolheu o apoio dos delegados ao plano de ação e ao projeto de resolução. Assinalou que muitas das observações haviam tratado dos pontos fracos percebidos na declaração política adotada pela reunião de alto nível das Nações Unidas, em particular as questões das principais populações e as novas tecnologias que poderiam produzir benefícios extraordinários em termos de prevenção. Observou que eram grandes as expectativas no que se refere à profilaxia anterior à exposição, o que ampliaria o uso estratégico dos medicamentos antirretrovirais não apenas para tratar a infecção pelo HIV, mas também para preveni-la em pessoas com grande risco de exposição.

146. O custo dos medicamentos antirretrovirais era um problema corrente. A esse respeito, na recente reunião de alto nível das Nações Unidas, havia tido o prazer de ouvir algumas delegações elogiar o papel do Fundo Estratégico da OPAS com relação ao tema dos custos e das negociações de grupos de compradores com os fornecedores dos medicamentos. Já não se dava a devida atenção à penicilina, que estava se transformando em um produto especial. Isso era motivo de preocupação, pois se tratava do único medicamento eficaz para prevenir a transmissão materno-fetal da sífilis. O Dr. Ghidinelli

observou que a Repartição havia feito uma pesquisa sobre a natureza e magnitude da escassez nos Estados Membros e que a OMS estava fazendo um estudo semelhante em outras regiões e com fornecedores para obter uma visão completa da situação.

147. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) acrescentou que a indústria farmacêutica estava pouco interessada na fabricação da penicilina, uma situação que destacava a necessidade de estoques estratégicos de saúde pública. A Repartição havia encontrado um fornecedor da penicilina benzatínica e havia emitido um contrato para sua compra. Agora, estava buscando um fornecedor da penicilina G por meio do Fundo Estratégico.

148. A Diretora observou que, para pôr fim à AIDS como uma ameaça de saúde pública até 2030, seriam necessários investimentos em níveis substanciais. Os Estados Membros teriam que fornecer mais financiamento nacional em um contexto em que muitos já não estavam recebendo recursos do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária ou de outras fontes. Portanto, seria extremamente importante que houvesse um compromisso político no mais alto nível e que se garantisse a proteção social e o acesso a tratamento para grupos vulneráveis e pessoas que vivem com o HIV. Eram necessários esforços para fazer face ao estigma e à discriminação que impediam esses grupos de obter acesso a atenção e tratamento, mudar a postura e conscientizar e sensibilizar, inclusive os profissionais de saúde. A Repartição estava comprometida a ajudar os países nesses esforços.

149. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R6, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pos-eliminação 2016-2022 (Documento CE158/19)

150. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou o projeto do plano de ação, no qual era estabelecida uma série de objetivos gerais e estratégias para abordar as questões transversais e as causas subjacentes da persistência das doenças infecciosas negligenciadas (DINs) na Região. O plano também descrevia as lições extraídas e o progresso alcançado, além de propor linhas de ação estratégicas que orientariam a Região rumo à eliminação dessas doenças.

151. Entre os objetivos e prioridades do plano de ação, figuravam a interrupção da transmissão de oito doenças infecciosas negligenciadas para as quais havia ferramentas com boa relação custo-benefício: tracoma, doença de Chagas, raiva humana transmitida pelo cão, hanseníase, teníase/cisticercose, filariose linfática, oncocercose e esquistossomose. Além disso, contemplava a prevenção, controle e redução da carga da doença de cinco DINs para as qual havia instrumentos integrados e inovadoras para o tratamento: equinococose quística; fasciolíase, peste humana, leishmaniose (cutânea e visceral) e geo-helmintíase. Foram propostas seis linhas de ação para alcançar esses objetivos. O Dr. Espinal observou que, após a certificação da eliminação, seriam necessários pelo menos três anos de vigilância para prevenir a reintrodução dessas doenças.

152. Na discussão que se seguiu, os delegados manifestaram seu apoio ao plano, que tirava partido dos avanços obtidos na última década e estabelecia metas de eliminação ambiciosas alinhadas com o roteiro da OMS sobre as doenças tropicais negligenciadas e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Houve consenso sobre a importância da função dos sistemas de saúde no esforço para eliminar as DINs. Sugeriu-se que se fizesse uma avaliação das lacunas nos sistemas atuais para a detecção e monitoramento de outras DINs, a fim de adotar métodos para fechar as lacunas encontradas. A importância da vigilância como componente crucial da prevenção e detecção das DINs foi ressaltada.

153. Os delegados propuseram várias melhoras no plano de ação, entre elas a inclusão de uma referência à importância de melhorar as condições de moradia para prevenir e controlar as DINs. Foi sugerido também que o plano de ação recomendasse o estabelecimento de protocolos para documentar a trajetória dos países ou grupos de países na eliminação de determinadas DINs. Além disso, sugeriu-se que o projeto de resolução a ser remetido ao Conselho Diretor contivesse uma recomendação no sentido de promover os mecanismos em cada país para garantir a profissionalização e a estabilidade do pessoal técnico e a continuidade política das estratégias programáticas, pois a sua ausência havia causado retrocessos na eliminação das DINs. Destacou-se a necessidade de vincular as estratégias de controle de vetores enumeradas no plano de ação com as estratégias de controle de vetores que já estavam sendo implementadas, assim como a necessidade de esforços intersetoriais, pois muitas das atividades exigiam, sobretudo na área de água e saneamento, estavam fora da alçada dos ministérios da saúde. Solicitou-se que fosse esclarecido o termo “subnacional”, e pediu-se à Repartição que explicasse por que os esforços para eliminar a raiva humana haviam se limitado à raiva transmitida pelos cães. Sugeriu-se que deveriam ser ampliados os esforços para eliminar a raiva a fim de abranger incluir outros animais importantes na transmissão da raiva, como os morcegos.

154. Destacou-se que, assim como o projeto do plano de ação para a eliminação da malária (ver os parágrafos 130 a 137 acima), o plano de ação para as DINs se concentrava exclusivamente em objetivos e indicadores para os países e não continha uma lista dos insumos e atividades que a Repartição contribuiria para apoiar os países. Solicitou-se que a Repartição incluísse essa lista no documento a ser apresentado ao Conselho Diretor. Além disso, ressaltou-se que havia incongruências no calendário proposto para as avaliações do plano de ação e sugeriu-se que se fizessem uma avaliação intermediária e uma final.

155. O Dr. Espinal acolheu as sugestões dos delegados para melhorar o plano e indicou que a Repartição as incorporaria em uma versão revista do documento a ser apresentada ao Conselho Diretor. Uma decomposição dos insumos e atividades da Repartição e dos países também seria incluída. Assinalou que o fato de certas atividades não terem sido mencionadas explicitamente no plano não significava que elas não estavam sendo levadas a cabo. Por exemplo, a Repartição tinha uma equipe regional em Lima para prestar cooperação técnica sobre água e saneamento aos países que necessitavam dela. Com respeito à raiva, reconheceu que a transmissão por outros animais além dos cães era um problema em alguns países e disse que as equipes técnicas regionais e os assessores sub-regionais da OPAS poderiam fazer uma análise da situação da raiva onde fosse necessário. Acrescentou ainda que essa informação poderia ser incluída no plano.

156. A Diretora reconheceu que era importante para a Repartição indicar claramente quais seriam suas responsabilidades e atividades e como elas seriam medidas, e afirmou que a RSPA estava trabalhando arduamente com os Estados Membros para atingir um dos objetivos-chave da OPAS: a eliminação da iniquidade, que, junto com a pobreza, era a causa fundamental da persistência das doenças infecciosas negligenciadas. Os determinantes sociais e ambientais da saúde também desempenhavam um papel importante. Ela acreditava que a ênfase global na saúde em todas as políticas e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, assim como um enfoque holístico multissetorial, seria muito importante para finalmente eliminar as doenças infecciosas negligenciadas.

157. O Comitê aprovou a Resolução CE158.R8, recomendando que o 55º Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

Estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses (Documento CE158/20, Rev. 1)

158. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou a proposta de estratégia para a prevenção e controle das doenças arbovirais, assinalando que as infecções virais transmitidas pelos artrópodes estavam aumentando tanto nas Américas como no resto do mundo. Embora a dengue, a febre chikungunya e a doença causada pelo vírus Zika estivessem no centro das atenções atualmente, haviam surgido casos da febre do Oropouche, outra doença causada por arbovírus, no Peru. O aparecimento de novas doenças arbovirais, que se somavam às causadas por vírus endêmicos, como a dengue e a febre amarela, constituía um desafio real para a saúde pública. Entre 2000 e 2014, o total de casos de dengue na Região havia chegado a 14 milhões e, em 2016 já haviam sido notificados 54.000 casos de febre chikungunya. A Região agora estava enfrentando o vírus Zika. Assim, a Repartição propunha melhorar a atual Estratégia de Gestão Integrada para a Prevenção e Controle da Dengue, implementada desde 2003, de modo a transformá-la em uma estratégia para fazer face às doenças arbovirais, pois restava claro que era necessário um enfoque abrangente e holístico para combater essas doenças.

159. A estratégia proposta continha quatro linhas de ação com o objetivo de orientar os Estados Membros no fortalecimento da vigilância, diagnóstico e administração dos casos e na adoção de um enfoque clínico e epidemiológico que enfatizasse o controle de vetores e a participação ativa da sociedade. Os resultados prevista eram uma estratégia final integrada para o controle e prevenção das doenças arbovirais, diretrizes claras para o seu diagnóstico e administração clínica, o reforço da capacidade de diagnóstico diferencial nos serviços de saúde, uma rede no nível nacional para fortalecer a gestão integrada dos vetores e a vigilância entomológica, e diretrizes claras e algoritmos de diagnóstico padronizados para fortalecer a capacidade técnica da Rede de Laboratórios de Diagnóstico de Arbovírus das Américas.

160. O Comitê Executivo felicitou a Repartição pela formulação da estratégia e concordou que, com os surtos de febre chikungunya e da doença causada pelo vírus Zika as doenças arbovirais haviam se tornado uma prioridade para a Região. Os delegados

manifestaram seu apoio às linhas de ação propostas e observaram que sua adaptação às circunstâncias particulares de cada país melhoraria a resposta aos surtos, desafios, e consequências das doenças arbovirais. Incentivaram a Repartição a continuar a prestar apoio técnico robusto aos Estados Membros para fortalecer os sistemas de saúde pública.

161. Houve consenso em torno da necessidade de medidas sustentáveis de controle de mosquitos, diagnóstico clínico oportuno das doenças, sistemas de vigilância fortes e receptivos, melhoria da capacidade de diagnóstico dos laboratórios e recursos humanos bem capacitados. Um delegado mencionou a importância de coletar e/ou intercambiar amostras clínicas para facilitar o desenvolvimento e validação dos meios de diagnóstico, tratamento e estratégias de vacinação para uma melhor resposta às emergências de saúde pública. Uma delegada solicitou investimentos na capacitação do pessoal técnico local para melhorar a vigilância e a administração integrada das doenças arbovirais. Destacou-se a importância do intercâmbio de experiências e boas práticas. Nesse sentido, um delegado observou a necessidade de forjar parcerias entre os ministérios da saúde e a comunidade acadêmica para que as decisões dos administradores de saúde pública se baseassem em dados científicos sólidos produzidos no país. Ele sugeriu que esses dados deveriam ser armazenados em um repositório acessível a todos os Estados Membros.

162. Vários delegados mencionaram a necessidade de promover a participação do público na eliminação dos criadouros de mosquitos, o que também seria benéfico por reduzir o uso dos pesticidas como a principal estratégia de controle dos vetores. Vários delegados também observaram a necessidade de mais ênfase na gestão ambiental em combinação com a participação social coordenada. Sugeriu-se que fosse incluída na estratégia uma seção sobre gestão ambiental.

163. O Dr. Espinal disse que um parágrafo sobre a gestão do meio ambiente e dos resíduos sólidos seria acrescido à estratégia apresentada ao Conselho Diretor.

164. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CD158.R3, recomendando que o Conselho Diretor adotasse a estratégia.

Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 (Documento CE158/21)

165. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) apresentou o projeto do plano de ação, cuja finalidade era tirar partido das lições extraídas da implementação do Plano de Ação para Hospitais Seguros 2010–2015.⁵ Assinalou que o terremoto de abril de 2016 no Equador havia dado provas da capacidade do país para avaliar e fortalecer a capacidade dos seus serviços de saúde. O Equador havia demonstrado que a capacidade de montar uma resposta a desastres cabia, principalmente, aos países. O objetivo do plano de ação era precisamente este: fortalecer a capacidade do país para reduzir os riscos de desastres e tomar medidas de acordo com o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030, com a intenção de evitar mortes, doenças e deficiências.

⁵ Ver o Documento CD50/10 e a Resolução CD50.R15.

166. O plano de ação estava assentado em um conjunto de atividades concretas centradas nas pessoas a ser executado pelos Estados Membros e pela Repartição. O plano continha quatro linhas de ação. A primeira, o reconhecimento do risco de desastres no setor da saúde, envolvia a busca por evidências e a identificação de ameaças, vulnerabilidades e capacidade de resposta. Abrangia também o estabelecimento de sistemas de emissão de alertas voltados para as pessoas e parcerias com a comunidade científica para obter dados comprobatórios e preparar o pessoal do setor de saúde. A segunda linha da ação, governança da gestão dos riscos de desastres no setor da saúde, era uma responsabilidade multi-institucional e multissetorial em que a função do setor da saúde era fundamental. Exigia que a redução dos riscos de desastres fosse incorporada formalmente à estrutura e às operações diárias do setor da saúde. Além disso, exigia a participação ativa das autoridades de saúde nacionais na gestão nacional dos riscos de desastres, da segurança e dos sistemas de gerenciamento de emergências.

167. A terceira linha de ação era a promoção de hospitais seguros e inteligentes, ou seja, hospitais que pudessem permanecer abertos quando ocorressem cortes em serviços vitais, como o abastecimento e energia elétrica e água. A quarta linha de ação a melhoria da capacidade do setor de saúde a preparação, resposta e recuperação frente a casos de desastre. No plano de ação, também se abordava a capacidade de mobilização dos países em situações de emergência para proteger as populações afetadas e iniciar as atividades de recuperação de imediato.

168. O plano de ação havia sido discutido amplamente em vários fóruns, inclusive em um na Nicarágua, em 2015, do qual haviam participado 29 Estados Membros. Além disso, haviam sido feitas consultas virtuais com os membros do Comitê Executivo e outros. O Dr. Ugarte observou que o plano de ação proposta se encerraria em 2021, enquanto o Marco de Sendai continuaria em vigor até 2030. Assim, seria necessário avaliar a situação em 2021 e decidir se um novo plano de ação deveria ser elaborado.

169. Na discussão que se seguiu, os delegados manifestaram seu apoio ao plano e descreveram os avanços obtidos pelos seus países na redução dos riscos de desastres. Elogiaram os esforços e o progresso feito pelos Estados Membros e pela Repartição para melhorar os sistemas de emissão de alertas, melhorar a preparação e mitigar o impacto dos desastres. Houve consenso em torno da necessidade de fortalecer a capacidade nacional e regional, os planos de redução dos riscos de desastres e a coordenação da gestão dos riscos, bem como de adotar um enfoque mais amplo quanto à preparação e resposta frente a casos de desastre. Assinalou-se que muitas das consequências dos desastres ser evitadas ou, pelo menos, reduzidas se os riscos associados fossem administrados por meio de um enfoque integrado e multissetorial. A coordenação com outras iniciativas, como a Agenda Mundial de Segurança Sanitária, também era considerada importante. Era crucial contar com sistemas de saúde nacionais e regionais fortes para prevenir crises sanitárias e apoiar respostas eficazes e oportunas a desastres e aos surtos de doenças. Assinalou-se que uma observância mais rigorosa do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) poderia facilitar a preparação e aumentar a resiliência. Além disso, sugeriu-se que avaliações externas conjuntas no âmbito da nova Estrutura da OMS para a Avaliação e Monitoramento do RSI (ver os parágrafos 287 a 296 abaixo) poderiam ser úteis para avaliar as capacidades nacionais com respeito à redução dos riscos de desastres.

170. Sugeriu-se que, em vista de o plano enfocar várias ameaças, deveria ser feita referência às “emergências de saúde” em vez de “desastres,” pois o conceito das emergências de saúde era mais inclusivo e compreendia surtos de doenças e outros eventos. Além disso, sugeriu-se que a linha de ação estratégica relativa à governança deveria instar mais explicitamente os ministérios da saúde a criar ou reforçar uma seção ou gabinete de preparação e resposta a emergências para servir de ponto focal para a coordenação com as áreas técnicas do setor da saúde e de outros setores. Ademais, sugeriu-se que os indicadores do plano de ação para avaliar o progresso fossem mais específicos e que a Repartição criasse ferramentas operacionais para a implementação do plano nos países.

171. A delegada do Equador descreveu os preparativos para os casos de desastre no seu país antes do terremoto, entre eles a avaliação de 123 hospitais públicos usando o índice de segurança hospitalar da OPAS. Após o terremoto, o governo havia acionado equipes de pessoal médico de urgência como a primeira linha da resposta, junto com unidades médicas móveis. Além disso, a gestão de toda a ajuda humanitária havia sido centralizada. Ela sugeriu que a experiência do Equador poderia servir de exemplo para outros países.

172. O Dr. Ugarte reiterou que as medidas para a prevenção e controle de desastres cabiam principalmente aos países, ressaltando que cerca de 80% da equipe regional de resposta a desastres era formada por pessoal dos ministérios da saúde ou instituições nacionais. Todos os países das Américas haviam assumido as suas responsabilidades com respeito à redução dos riscos de desastres. A Região estivera na vanguarda nessa área, tendo identificadas lições extraídas da avaliação da resposta a desastres anteriores e iniciativas adotadas com relação aos hospitais seguros, à administração de equipes médicas internacionais e a hospitais inteligentes antes do restante da OMS. Ele havia tomado nota das observações e sugestões dos delegados com respeito ao documento e providenciaria sua incorporação ao documento a ser apresentado ao Conselho Diretor.

173. A Diretora observou que o programa da OPAS de preparação para situações de emergência e casos de desastre era fruto da experiência acumulada ao longo de 40 anos, aproximadamente. Frisou que era importante tirar partido da memória coletiva da Repartição e dos Estados Membros para avançar nessa área. A solidariedade entre os Estados Membros era um dos muitos fatores que permitiam à Região responder aos desastres de maneira oportuna e apropriada. Era importante reconhecer e aproveitar essa solidariedade.

174. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CD158.R2, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde (Documento CE158/22)

175. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) apresentou o tema, observando que, em 2013, o Comitê Executivo havia solicitado que a Repartição criasse uma ferramenta para organizar e sistematizar os mandatos da OPAS de

modo a permitir aos Estados Membros e outros interessados diretos monitorar o progresso no tocante aos compromissos internacionais no campo da saúde pública. O Comitê também havia solicitado que a Repartição organizasse as informações sobre as resoluções e documentos aprovados pelos Órgãos Diretores da OPAS de maneira compatível com o Plano Estratégico da OPAS para facilitar a análise da complementaridade e execução dos mandatos da Organização com o passar do tempo.

176. Em 2014, a Repartição havia apresentado um relatório em que analisava o cumprimento dos compromissos da OPAS durante um período de 15 anos (1999-2013). O relatório também continha informações sobre o repositório institucional em que era arquivada a documentação da Organização. Nessa ocasião, os Estados Membros haviam solicitado que a Repartição fizesse uma análise mais detida das resoluções e apresentasse um relatório aos Órgãos Diretores com uma proposta de decidir se as resoluções deveriam ser classificadas como “em vigor”, “em vigor com condições” ou “encerradas”.

177. Nesse sentido, a Diretora havia formado um grupo de trabalho com representantes de cada departamento da Repartição para elaborar um método para analisar as resoluções e havia encarregado o Escritório dos Órgãos Diretores da sua elaboração, sob a supervisão do Diretor Adjunto. O grupo de trabalho havia elaborado um método para avaliar todas as resoluções aprovadas durante o período de 17 anos de 1999 a 2015 e havia determinado como o cumprimento dos mandatos seria medido, se os mandatos haviam sido substituídos por uma resolução mais recente e, nesse caso, que resoluções eram essas, e se haviam sido apresentados relatórios de progresso aos Órgãos Diretores e quando. Para facilitar a avaliação, as resoluções haviam sido classificadas segundo as categorias encontradas no atual Plano Estratégico. O grupo de trabalho também havia definido os critérios para classificar as resoluções, os quais constavam do Documento CE158/22.

178. A Sra. Huerta descreveu os resultados da avaliação usando uma série de gráficos que decompunham as resoluções pelo em situação atual e categoria. Das 287 resoluções aprovadas pelo Conselho Diretor da OPAS e pela Conferência Sanitária Pan-Americana durante o período 1999-2015, 101 poderiam ser considerados em vigor, outras 24 poderiam ser consideradas em vigor com condições e 162 poderiam ser consideradas encerradas.

179. Para fazer a avaliação, havia sido necessário construir uma enorme base de dados, dividida em categorias, que abrangia todas as resoluções, mandato por mandato. Cada departamento e cada entidade da Repartição haviam analisado as resoluções e redigido notas correspondentes a cada mandato. Os Estados Membros poderiam acessar a base de dados assim que a resolução para validar as propostas do grupo de trabalho fosse aprovada pelo Conselho Diretor em setembro.

180. O grupo de trabalho havia encontrado algumas limitações ao determinar o cumprimento dos mandatos pelos Estados Membros e pela Repartição. Havia feito recomendações sobre a pertinência dos temas, a clareza dos mandatos, a inclusão de informações sobre suas implicações financeiras e o compromisso com a responsabilidade por meio dos relatórios de progresso. Também havia recomendado que a Repartição informasse periodicamente aos Órgãos Diretores sobre o cumprimento dos mandatos, o

que permitiria manter uma lista prospectiva das questões a serem abordadas, de acordo com as recomendações da OMS sobre a reforma da governança.

181. Na discussão que se seguiu à apresentação da Sra. Huerta, os delegados felicitaram a Repartição pelo seu esforço hercúleo para fazer a avaliação e apoiaram sua continuação. Houve consenso em torno da conveniência de examinar os mandatos regionais, e um delegado sugeriu que as avaliações desse tipo deveriam ser consideradas entre as melhores práticas regionalmente e na OMS. Outros delegados afirmaram que o uso inteligente dos dados coletados poderia produzir uma economia real de tempo, energia e recursos.

182. A Sra. Huerta agradeceu aos delegados, em nome do grupo de trabalho, as suas manifestações de apoio e afirmou que as avaliações continuariam. Solicitou que os Estados Membros continuassem a enviar informações sobre o cumprimento dos mandatos para enriquecer a base de dados.

183. A Diretora comentou que a iniciativa havia representado um volume enorme de trabalho. Esperava que a base de dados fosse de grande utilidade para a Repartição e os Estados Membros e que ajudasse a racionalizar as agendas e as solicitações de inclusão de temas na agenda, e se comprometeu a mantê-la atualizada.

184. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R9, recomendando que o Conselho Diretor referendasse as recomendações relativas à apresentação de relatórios por um período limitado e que encerrasse as resoluções que haviam sido substituídas na sua totalidade por resoluções posteriores ou cujos compromissos haviam sido considerados cumpridos.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas (documentos CE158/23 e Add. I)

185. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) apresentou o relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas e informou sobre a situação do recebimento das contribuições até 20 de junho de 2016. Havia sido recebido um total de 81,2% dos pagamentos em atraso, o que deixava um saldo em aberto de \$8,3 milhões até 20 de junho de 2016. Esse montante compreendia \$2,2 milhões correspondentes a 2014 e \$6,1 milhões referentes a 2015. Atualmente, nenhum Estado Membro estava sujeito à aplicação do Artigo 6.B da Constituição. Contudo, um país estava em atraso no pagamento das suas contribuições fixas em um montante superior às contribuições de dois anos. Se ele não houvesse efetuado um pagamento até a data da abertura do 55º Conselho Diretor, estaria sujeito às disposições do Artigo 6.B.

186. Até 20 de junho de 2016, a Organização havia recebido \$24,4 milhões em pagamentos das contribuições fixas de 2016, representando apenas 23,9% do total do ano em curso. Onze Estados Membros haviam pagado as suas contribuições de 2016 na totalidade, e dois já haviam pagado a sua contribuição de 2017, o que a Repartição agradecia imensamente. O Sr. Puente Chaudé agradeceu aos Estados Membros que já haviam cumprido com suas obrigações com a Organização referentes ao ano em curso e

apelou aos demais que saldasse suas contribuições fixas para garantir a implementação eficiente e eficaz do programa e orçamento da RSPA.

187. A Diretora disse que as contribuições fixas dos Estados Membros representavam uma fonte muito importante de financiamento flexível para os programas básicos e para a implementação dos planos de ação que os Estados Membros haviam aprovado. Assim, a Repartição dependia do pagamento das contribuições fixas pelos Estados Membros em tempo hábil. Ela agradeceu aos Estados Membros que já haviam feito o pagamento referente a 2016 e exortou os demais a seguir o exemplo.

188. A delegada do Equador frisou a disposição do seu governo de cumprir com as suas obrigações com a Organização e explicou que a necessidade de alocar recursos para fazer face às consequências do terremoto de abril de 2016 havia causado o atraso no pagamento.

189. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R1, agradeceu aos Estados Membros que haviam efetuado os pagamentos referentes a 2016 e aos anos anteriores e instou os demais Estados Membros a pagarem, o mais breve possível, as contribuições pendentes.

Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2015 (Documento Oficial 351)

190. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, após examinar uma versão preliminar, não auditada, do Relatório Financeiro, o Subcomitê havia solicitado fosse incluída na versão definitiva do relatório uma análise dos riscos relacionados com a tendência decrescente das contribuições voluntárias, além de uma avaliação do nível de financiamento para cada categoria do orçamento ordinário, no intuito de identificar os possíveis riscos decorrentes dos fluxos de financiamento. Também havia sido solicitado à Repartição que fornecesse informações sobre as implicações para a OPAS da nova escala de contribuições adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em junho de 2015 e sobre a forma como haviam sido incorporadas as recomendações do Auditor Externo às práticas da Organização.

191. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) resumiu as informações apresentadas no Relatório Financeiro do Diretor, concentrando-se, em especial, nas receitas recebidas em 2015. O total consolidados das receitas, incluídas as contribuições voluntárias e os recursos recebidos para compras em nome dos Estados Membros, haviam totalizado \$1,46 bilhão, o que representava uma queda de 15% em relação a 2014. Essa queda se devia, principalmente, a uma diminuição das contribuições voluntárias nacionais, que, por sua vez era resultado da depreciação das taxas de câmbio. Com a exceção das contribuições voluntárias nacionais, o total das receitas havia permanecido bastante estável, oscilando entre \$800 milhões e \$900 milhões por ano durante os três biênios anteriores. O Programa e Orçamento da OPAS — que compreendia as contribuições fixas, receitas diversas, a contribuição da OMS e contribuições voluntárias — havia totalizado \$226 milhões, \$20 milhões a mais do que em 2014, quando tinha havido um atraso no recebimento de parte do montante devido

pela OMS. As receitas diversas haviam crescido tanto em 2014 como em 2015, graças a um aumento da receita de juros.

192. A arrecadação das contribuições fixas em 2015 havia somado \$99,5 milhões: \$64,8 milhões de 2015 e \$34,7 milhões de anos anteriores. Trinta Estados Membros haviam pagado as contribuições fixas correspondentes a 2015 na totalidade, quatro efetuaram pagamentos parciais e oito não fizeram o pagamento. O total recolhido em 2015 havia sido \$7 milhões inferior ao de 2014. Em consequência, o total de atrasados havia subido de \$38,1 milhões para \$44,2 milhões entre dezembro de 2014 e dezembro de 2015.

193. As contribuições voluntárias da OPAS, sem contar as contribuições voluntárias nacionais, haviam totalizado \$61 milhões em 2015, \$2 milhões a menos que em 2014, mantendo, dessa forma, a tendência de queda dos quatro anos anteriores. Contudo, essa tendência parecia estar mudando, pois o número de contribuições com acordos abertos à época do encerramento do exercício havia aumentado pela primeira vez desde 2009, passando de 163 em 2014 para 187 em 2015. As receitas diferidas das contribuições voluntárias abertas também haviam crescido. A receita das contribuições voluntárias nacionais executadas pela OPAS havia caído de \$793 milhões em 2014 para \$554 milhões em 2015 devido à depreciação de taxas de câmbio; em moeda local, porém, o montante havia permanecido o mesmo. O programa *Mais Médicos* continuava a ser a maior fonte de receitas na forma de contribuições voluntárias nacionais. A Organização continuava a depender de um grupo relativamente pequeno de países para as contribuições voluntárias, que eram uma importante fonte de financiamento para as suas atividades.

194. A receita da atividade de compras em nome dos Estados Membros havia diminuído de \$668 milhões em 2014 para \$638 milhões em 2015 devido a um ligeiro recuo no uso do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. O uso do Fundo Rotativo de Insumos Estratégicos para Saúde Pública, por outro lado, havia aumentado em 2015.

195. A Organização havia concluído o biênio 2014–2015 com um superávit orçamentário de \$0,7 milhão e uma receita excedente de \$7,9 milhões. O uso desses recursos seria discutido em separado (ver os parágrafos 208 a 213 abaixo).

Relatório do Auditor Externo referente a 2016

196. A Sra. Karen Linda Ortiz Finnemore (Tribunal de Contas da Espanha), ao apresentar o relatório do Auditor Externo, disse que, no curso do seu trabalho como Auditor Externo da Organização, o Tribunal de Contas da Espanha estava conhecendo melhor a OPAS e havia tratado de adaptar suas recomendações de modo a permitir à Organização alcançar seus objetivos com respeito aos princípios de transparência e gestão financeira sólida. Uma equipe composta por nove auditores havia feito duas visitas à sede da OPAS em 2015 e 2016 e também havia visitado as Representações da OPAS/OMS no Brasil, Haiti e República Dominicana. Os integrantes da equipe também haviam participado da 11^a e 12^a Sessões do Comitê da Auditoria da OPAS.

197. Como resultado desse trabalho, o Auditor Externo havia elaborado os documentos que formavam o relatório do Auditor Externo contido no *Documento Oficial 349*, além de

relatórios dirigidos à administração nas três visitas às representações nos países. As conclusões mais significativas do trabalho do Auditor Externo constavam do Parecer do Auditor Externo e no Relatório em Forma Longa sobre a Auditoria das Demonstrações Financeiras de 2015. O Auditor Externo havia expedido um parecer favorável ou “sem modificações,” sobre as demonstrações financeiras da Organização referentes a 2015, o que significava que o Auditor havia concluído que as demonstrações financeiras estavam corretas e haviam sido preparadas de acordo com as regras aplicáveis, entre elas as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público e o Regulamento Financeiro e as Regras Financeiras da OPAS.

198. O Sr. Alfredo Campos Lacoba (Tribunal de Contas da Espanha), ao referir-se às cifras da análise financeira contida no Relatório em Forma Longa, observou que a Organização havia encerrado 2015 com um déficit líquido de \$8,8 milhões, ao passo que, havia registrado um excedente de \$23,7 milhões ao fim de 2014. O total das receitas havia somado \$1.460 milhão, uma queda de 15,5% em relação a 2014. Os gastos também haviam diminuído, passando de \$1.703,4 milhão em 2014 para \$1.468,8 milhão em 2015. Essas diminuições eram resultado da redução das contribuições voluntárias e dos desembolsos para o programa *Mais Médicos*. A rubrica Pessoal e outros custos de pessoal havia crescido 9,4%. Em termos gerais, a OPAS dispunha de recursos suficientes para cumprir suas obrigações financeiras, pois os saldos dos seus fundos e reservas haviam aumentado em 6,3% em relação a 2014. Além disso, havia recursos suficientes para fazer face às obrigações relacionados a benefícios dos empregados no curto prazo; contudo, no médio e longo prazo, o financiamento dessas obrigações continuaria a ser um desafio, e o Auditor Externo incentivou a Organização a continuar a tomar medidas para cumprir essas obrigações.

199. Em seguida, o Sr. Campos Lacoba resumiu as recomendações propostas no relatório, que previam diversas medidas destinadas a melhorar os controles internos e fortalecer a base de dados do programa *Mais Médicos*, reforçar o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA, e padronizar os procedimentos para a transferência de conhecimento do pessoal prestes a aposentar-se e melhorar os processos de contratação. O Auditor Externo também havia recomendado melhorar a programação da implementação do programa e orçamento 2016–2017 para evitar a acumulação de gastos no fim do biênio. A maioria das recomendações anteriores havia sido posta em prática, o que demonstrava o compromisso da Repartição com a melhoria dos seus sistemas e procedimentos.

200. O Comitê Executivo acolheu o parecer de auditoria sem modificações. Os delegados observaram com preocupação a diminuição de 15,5% nas receitas e o déficit de \$8,8 milhões em 2015, o grande número de aposentadorias de funcionários de alto escalão previsto para os próximos três anos e o crescente passivo decorrente dos benefícios dos empregados. Reconheceu-se que fatores alheios ao controle da Repartição haviam contribuído para os resultados negativos de orçamento em 2015. Entretanto, a Repartição foi incentivada a tomar medidas para priorizar e explorar maneiras de administrar o déficit para garantir o funcionamento realista da Organização. Além disso, foi solicitado à Repartição que prestasse informações sobre o que estava sendo feito com respeito à transferência de conhecimento do pessoal prestes a aposentar-se, bem como para acelerar a

contratação de pessoal novo e garantir que a onda de aposentadorias e o consequente passivo relacionado aos benefícios não criasse um ônus financeiro para a Organização.

201. Manifestou-se preocupação também com a diminuição das contribuições voluntárias e o fato de que não havia sido possível executar algumas contribuições em 2015, o que havia resultado na devolução desses recursos aos doadores. Mais uma vez, foi solicitado que a Repartição apresentasse uma análise dos riscos associados à tendência de queda das contribuições voluntárias e uma avaliação do financiamento por categoria. A baixa taxa de arrecadação das contribuições fixas também era vista como motivo de preocupação, e os Estados Membros foram instados a cumprir suas obrigações financeiras com a Organização. Foram solicitados esclarecimentos sobre o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro.

202. Em relação à última pergunta, o Sr. Puente Chaudé respondeu que o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro era 25 milhões. O saldo do Fundo no final de 2015 havia sido aproximadamente \$20 \$milhões. O déficit em 2015 se deveu, principalmente, à queda das taxas de câmbio e a uma reavaliação dos bens imóveis da OPAS na América Latina. Não obstante, o resultado global para o biênio 2014–2015 havia sido positivo.

203. A diminuição das contribuições voluntárias era, de fato, motivo de preocupação. Contudo, em vista da tendência que essas contribuições haviam apresentado até o momento em 2016, ele acreditava que havia motivo para otimismo. O aumento das receitas diferidas, em especial, deve permitir à Organização manter o mesmo nível de atividade e, provavelmente, alcançar um nível mais alto no que se refere às atividades financiadas por meio das contribuições voluntárias no biênio atual.

204. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA), em resposta às observações com respeito ao passivo decorrente dos benefícios dos empregados, explicou que as pensões dos aposentados eram financiadas pelo Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas, um fundo mundial que abarcava todos os organismos participantes das Nações Unidas, inclusive a OMS e a OPAS. Essas pensões estavam plenamente financiados no momento em que o funcionário se aposentava. Em consequência, as pensões do pessoal que se aposentaria nos próximos anos não teriam impacto algum sobre a capacidade financeira da OPAS para implementar seu programa e orçamento. Observou também que a Repartição havia aumentado o número de pessoal de recursos humanos para trabalhar na contratação e acelerar o processo de preenchimento das vagas.

205. A Diretora explicou que uma parte considerável da alocação da OMS para a Região não havia sido recebida até a segunda metade de 2015, o que havia tornado muito difícil planejar os gastos. Embora planos e prioridades houvessem sido estabelecidos, a execução não poderia seguir adiante se os recursos não estivessem disponíveis. No que se refere às contribuições voluntárias, havia sido instituído um mecanismo de vigilância no nível da administração executiva com o objetivo de assegurar que os recursos fossem gastos no momento adequado a fim de evitar ter que devolver as contribuições aos doadores.

206. A Diretora manifestou seu agradecimento ao Auditor Externo e assegurou ao Comitê que a Repartição tratava com seriedade todas as recomendações da auditoria, uma

vez que fazia análises a cada seis meses para monitorar o seguimento das recomendações. Essas análises representavam um investimento significativo de tempo, mas a Repartição as considerava parte da sua responsabilidade de prestar contas pelos recursos confiados à Organização. Observou também que seriam fornecidas mais informações sobre os planos para assegurar a transferência de conhecimento dos aposentados quando o Comitê discutisse os assuntos relativos ao pessoal (ver os parágrafos 231 a 240 abaixo).

207. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Programação do excedente orçamentario (Documento CE158/24)

208. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia considerado um projeto da Repartição para o uso de \$0,7 milhão do orçamento ordinário não havia sido utilizado no programa e orçamento 2014-2015. Em conformidade com o Artigo 4.6 do Regulamento Financeiro, havia sido proposto que a totalidade do excedente fosse alocada para o Fundo de Capital de Giro, e o Subcomitê havia respaldado essa proposta.

209. O Comitê aprovou a Decisão CD158(D3), pode meio da qual respaldou a proposta relativa à programação do excedente orçamentário contido no Documento CE158/24.

Programação da receita excedente (Documento CE158/25)

210. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou, em março, que esse Subcomitê havia sido notificado sobre uma previsão de receita excedente de cerca de \$7,8 milhões para o biênio 2014–2015. Além disso, foi informado de que a Diretora elaboraria uma proposta com relação ao uso do excedente, a qual o Subcomitê seria solicitado a examinar, na sua 11^a sessão, em março de 2017. A Diretora havia explicado que era usual e benéfico adiar a decisão sobre o uso de receitas excedentes, neste caso até o início de 2017, pois isso permitia à Repartição analisar melhor os déficits de financiamento e, assim, fazer recomendações mais direcionadas ao Subcomitê.

211. Na discussão que se seguiu, foi solicitado à Repartição que indicasse se havia sido considerada a possibilidade de parte do excedente para financiar o passivo correspondente ao seguro médico pós-serviço (ver os parágrafos 214 a 217 abaixo) ou alguns dos grandes projetos pendentes de investimento de capital (ver os parágrafos 218 a 222 abaixo).

212. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) explicou que, como a OPAS tinha um orçamento bienal para programas, era melhor adiar a tomada de uma decisão sobre o melhor uso do excedente até o segundo ano do biênio. Observou também que a Repartição havia elaborado vários documentos que descreviam os passivos que precisariam ser financiados nos anos seguintes, como o seguro médico pós-serviço. Além disso, a Repartição estava elaborando uma proposta que esperava apresentar em 2017 sobre a forma de abordar o passivo correspondente ao Plano Mestre de Investimentos de Capital.

213. O Comitê tomou nota do relatório.

Seguro de saúde pós-serviço (Documento CE158/26)

214. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia recebido um relatório sobre as medidas que estavam sendo tomadas para assegurar a alocação de recursos suficientes para o seguro médico pós-serviço (ASHI da sigla em espanhol) dos funcionários aposentados da OPAS e seus familiares. Havia sido informado que a

obrigação relativa aos benefícios definidos em 31 de dezembro de 2015 havia totalizado \$300,2 milhões, com um encargo sobre a folha de pagamento que representava cerca de \$3,2 milhões por ano para cobrir essa obrigação. O passivo líquido não financiado em 31 de dezembro de 2015 somava \$212,6 milhões. Para financiar esse passivo, a Repartição e a Secretaria da OMS haviam elaborado uma estratégia conjunta, descrita no Documento CE158/26. O Subcomitê havia reconhecido os esforços da Repartição para cumprir sua obrigação com respeito aos benefícios do pessoal e havia manifestado seu apoio à proposta de fundir os serviços atuariais da OPAS e da OMS.

215. Na discussão do Comitê Executivo sobre o tema, manifestou-se apoio à fusão dos ativos que a OPAS e a OMS haviam reservado para cobrir o passivo correspondente ao ASHI como forma de obter mais eficiências na administração de ativos. Solicitaram-se esclarecimentos sobre uma observação constante do relatório do Auditor Externo (ver os parágrafos 190 a 207 acima), segundo a qual já não haveria postos financiados pelo Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO) nem pela OPAS.

216. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) disse que, com respeito às recomendações do Auditor Externo sobre o ASHI, ele representava a OPAS no Comitê de Supervisão Mundial do seguro-saúde do pessoal. Esse organismo se reunia duas vezes por ano e, durante 2016, um dos principais temas foi a fusão dos ativos da OPAS e da OMS correspondentes a esse seguro, no intuito de otimizar a eficiência e os rendimentos do investimento para permitir às duas organizações cumprir suas obrigações coletivas da forma mais eficiente possível. Na próxima reunião, em novembro, o planejado era aprovar as resoluções formais por meio das quais seriam tomadas essas providências e também abordar a questão geral da representação a longo prazo da OPAS nesse organismo. Com respeito à pergunta sobre os postos financiados pelo AMRO e pela OPAS, explicou que, no passado, havia procedimentos contábeis separados para cerca de 30% do pessoal cujos postos eram financiados com recursos alocados ao AMRO pela OMS. Essa situação havia resultado, em última análise, na acumulação de um déficit no Fundo de Benefícios por Rescisão de Emprego e Direitos de Repatriação. Como parte da adoção do orçamento integrado, os procedimentos haviam sido modificados; atualmente, nenhum funcionário da OPAS era considerado oficialmente integrante do quadro de pessoal da OMS e o déficit havia desaparecido.

217. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatório sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital (Documento CE158/27)

218. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia sido informado de que a Repartição estava fazendo um estudo do mercado de imóveis de Washington, D.C., em conformidade com uma solicitação feita pelo Comitê Executivo em 2015. A expectativa era que o estudo resultaria em um plano de autofinanciamento para custear os \$50 milhões necessários para fazer reparos no edifício-sede da OPAS. O plano resultante seria apresentado ao Subcomitê em 2017.

219. Na discussão do Subcomitê sobre o relatório, foram solicitados esclarecimentos sobre vários pontos, como a reforma dos quatro elevadores do edifício-sede. Destacou-se

que alguns montantes indicados no Fundo Subsidiário para a Substituição de Veículos não pareciam suficientes para cobrir a compra de veículos novos de qualidade adequada do ponto de vista da segurança. Em resposta a essas observações, havia sido explicado que o recondicionamento dos elevadores do edifício-sede era considerado um reparo urgente e havia sido feito por meio de licitação. Com respeito aos veículos, alguns dos montantes indicados dadas eram valores líquidos que se somavam ao montante obtido com a venda dos veículos existentes e, assim, não representavam o custo total dos novos veículos.

220. Na discussão seguinte do Comitê Executivo, foram solicitadas mais informações sobre o alcance do estudo sobre os imóveis, em particular com respeito a como esse estudo contribuiria para o financiamento dos reparos necessários nos prédios da Organização.

221. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) recordou que o relatório sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital apresentado aos Órgãos Diretores em 2015⁶ havia detalhado todos os componentes do montante estimado em \$50 milhões necessário para gastos com reparos e manutenção a longo prazo do edifício-sede. A finalidade do estudo do mercado era elaborar um plano para gerar esses \$50 milhões com base nos fluxos financeiros associados ao uso dos imóveis da OPAS. Além do edifício-sede, a OPAS era proprietária de um terreno em que uma empresa privada havia construído um prédio. A OPAS pagava aluguel por parte desse prédio e por espaço no prédio que abrigava a Secretaria Geral da Organização dos Estados Americanos. A Repartição havia contratado uma empresa de consultoria imobiliária para ajudar em uma análise dos bens imóveis próprios e alugados, bem como do espaço em termos de escritórios de que a Organização necessitava, e assessorar a Organização em um plano que lhe permitisse gerar, em um determinado prazo, os \$50 milhões necessários para fazer os reparos necessários. A empresa havia apresentado vários relatórios e opções que a Repartição estava estudando, e a expectativa era que, até o fim do ano, fosse possível apresentar informações sobre as opções mais adequadas.

222. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (Documento CE158/28)

223. O Sr. David O'Reagan (Auditor Geral, Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação, RSPA) explicou que o Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES) era uma unidade independente que assessorava a Diretora e a Repartição na gestão de riscos e controles internos. Suas duas atividades principais eram as auditorias internas e a assessoria sobre as atividades de avaliação. Ao apresentar relatório do IES, explicou que os parágrafos de 1 a 13 destacavam a sua independência, mantida porque o IES se abstinha de participar em atividades de gestão e tomada de decisões. Essa seção também descrevia a cooperação entre o IES e outros órgãos de supervisão, em especial o Auditor Externo. Os parágrafos de 14 a 25 resumiam as constatações das atividades de auditoria interna. Já os parágrafos de 26 a 32 tratavam dos serviços de assessoria sobre avaliações e da situação da implementação das recomendações das auditorias internas,

⁶ Ver o Documento CE156/24, Rev. 1.

enquanto os parágrafos de 33 a 38 apresentavam a opinião geral do IES sobre os controles internos da Organização, com base no próprio trabalho do IES e nas conclusões de outros órgãos de supervisão.

224. Na discussão que se seguiu, ressaltou-se a função de assessoria independente do IES agregava valor às operações da OPAS e poderia melhorá-las. A Diretora foi instada a zelar pela implementação das recomendações do IES, em particular as emanadas das auditorias da tramitação interna dos pedidos de reembolso de despesas médicas e despesas com telefone, que poderiam a uma redução dos custos e do respectivo risco. As atividades de gestão de riscos institucionais que estavam começando a moldar o processo de planejamento das auditorias internas do IES eram consideradas alentadoras. O IES foi louvado pela análise interna do cumprimento das normas internacionais de auditoria e por abordado, de maneira célere, todas as áreas que necessitavam de melhorias.

225. O Sr. O'Reagan disse que havia um procedimento rigoroso para garantir a implementação das recomendações do IES, segundo o qual a administração executiva se reunia uma ou duas vezes por ano para discutir a situação de cada recomendação pendente.

226. A Diretora agradeceu ao Sr. O'Reagan seu trabalho minucioso para ajudar a Repartição a melhorar seus controles e que compreender as recomendações. Era benéfico para a Organização que a administração pudesse interagir estreitamente com o IES e discutir suas recomendações e seu cumprimento. Destacando o cuidado do IES em não interferir nas decisões, o que poderia solapar sua independência, ela acrescentou que a administração não apenas consultava o Auditor Geral sobre as auditorias do IES, mas também lhe solicitava que monitorasse certas atividades importantes da Organização, como a implementação do PMIS, e fizesse recomendações nas situações em que o Sr. O'Reagan e seu pessoal acreditassem que controles melhores poderiam ser aplicados. Com isso, o IES também agregava valor ao trabalho da Organização.

227. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018–2019 e 2020–2021 (Documento CE158/29)

228. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia recebido uma atualização sobre o processo para nomear um novo Auditor Externo para substituir o Tribunal de Contas da Espanha, cujo mandato como Auditor Externo se encerraria em 2018. Assim, seria necessário que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, a reunir-se em setembro de 2017, nomeasse um novo Auditor Externo para os dois próximos biênios, envolvendo o período 2018–2021. Em agosto, a Repartição enviaria uma nota verbal aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados solicitando nomeações para o cargo. O prazo para a apresentação de candidatura se encerraria em 31 de janeiro de 2017. Os requisitos a serem preenchidos constavam do anexo ao Documento CE158/29.

229. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) instou os Estados Membros a apresentarem os melhores candidatos ao

cargo. A Diretora endossou esse pedido, observando que era muito importante para a Organização ter o melhor Auditor Externo possível.

230. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Assuntos de pessoal

Estatísticas sobre a dotação de pessoal da RSPA (Documento CE158/30)

231. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a análise feita por esse Subcomitê de um relatório no qual eram destacadas as tendências nas estatísticas da dotação de pessoal da Repartição. O Subcomitê havia observado que a Repartição continuava a manter uma paridade de gênero quase exata entre o pessoal profissional. Ainda que apreciasse isso, havia observado também que não havia uma equidade de gênero em todos os níveis, pois a maioria dos postos de P1 a P3 eram ocupados por mulheres e a maioria dos postos de nível mais alto eram ocupados por homens. Além disso, uma grande parcela dos funcionários temporários nomeados eram mulheres. Embora se reconhecesse a importância de selecionar candidatos com base no mérito e na competência, a Repartição havia sido incentivada a elaborar estratégias de planejamento da força de trabalho que contribuíssem para o aumento da igualdade de gênero. Outra preocupação manifestada dizia respeito aos efeitos da próxima onda de aposentadorias sobre o desempenho da Organização.

232. O Comitê Executivo também se mostrou preocupado com a falta de uma paridade de gênero completa e instou a Repartição a promover políticas de igualdade de gênero na nomeação do pessoal para assegurar que a paridade de gênero fosse alcançada em todos os níveis profissionais. Destacou-se que essa falta era um fenômeno que não se limitava aos processos de contratação; a desigualdade de gênero era determinada por uma série de fatores sociológicos relacionados com as desigualdades estruturais nos países. Ressaltou-se, porém, que essas iniquidades não deveriam ser refletidas na Organização.

233. Manifestou-se a preocupação com a próxima onda de aposentadorias, e foi solicitado à Repartição que apresentasse um relatório detalhado sobre seu impacto orçamentário e operacional no desempenho da Organização. Sugeriu-se que o relatório contivesse também informações sobre as estratégias a serem postas em prática pela Repartição para tentar corrigir as deficiências na igualdade de gênero. Vários delegados observaram o número de aposentados contratados para ocupar cargos temporários ou como consultores. Reconheceu-se que os aposentados poderiam contribuir enormemente para a transferência de conhecimento e continuidade dos programas, e a prorrogação dos contratos para além da idade da aposentadoria era considerada aceitável quando era o mais conveniente segundo os interesses da Organização. Ao mesmo tempo, frisou-se que o pessoal novo trazia perspectivas e experiências diferentes de grande valia para uma organização. Sugeriu-se que, nas discussões futuras sobre as estatísticas da dotação de pessoal, a Repartição apresentasse um breve resumo geral explicando as razões para a recontração dos aposentados. Além disso, solicitou-se à Repartição que explicasse por que o Relatório Financeiro do Diretor referente a 2015 (ver os parágrafos 190 a 207 acima)

indicava um aumento de 9,4% nos custos de pessoal embora o número de empregados houvesse diminuído.

234. O Sr. Paul de la Croix (Diretor Interino, Departamento de Gestão de Recursos Humanos, RSPA) respondeu que seu departamento havia examinado com muito cuidado cada solicitação para readmitir um ex-funcionário. Havia um processo bem estabelecido para essas recontrações, e cada caso precisava ser plenamente justificado. Tomando nota da solicitação de mais informações, assumiu o compromisso de que, no futuro, quando seu departamento recebesse uma solicitação de uma entidade para contratar um aposentado, forneceria estatísticas adicionais à Diretora para que ela sempre estivesse a par do número de aposentados trabalhando para a Organização e pudesse levar essa informação em conta ao considerar uma nova solicitação.

235. A paridade de gênero era um componente do procedimento para a contratação de pessoal que seu departamento monitorava cuidadosamente. Essa questão estava incluída nas recomendações para contratação apresentadas à Diretora. Acrescentou que 2015 havia sido o primeiro ano em que houve paridade total de gênero no nível dos representantes da OPAS/OMS: 13 representantes de cada sexo. Seria dada continuidade ao trabalho a fim de obter o mesmo nível de paridade em toda a Organização. A igualdade de gênero era um aspecto importante da estratégia de recursos humanos da Repartição.

236. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) disse que o aumento de 9,4 % nos custos de pessoal era um fenômeno contábil excepcional resultante da decisão da Repartição de financiar um déficit de muitos anos no Fundo de Benefícios por Rescisão de Emprego e Direitos de Repatriação (ver “Seguro médico pós-serviço,” parágrafos 214 a 217 acima). Com respeito às implicações orçamentárias da onda de aposentadorias, conforme explicado na discussão do Relatório Financeiro do Diretor (ver os parágrafos 190 a 207 acima), os custos para a Repartição decorrentes da aposentadoria do pessoal já estavam cobertos por meio de contribuições para o Fundo de Aposentadoria Conjunto do Pessoal das Nações Unidas, o Fundo de Benefícios por Rescisão de Emprego e Direitos de Repatriação e o Fundo de Seguro de Saúde do Pessoal para o seguro-saúde pós-serviço. Portanto, as aposentadorias não teriam nenhum impacto orçamentário sobre o trabalho da Organização.

237. A recontração dos aposentados por períodos curtos para cobrir brechas na dotação de pessoal tampouco teria impacto orçamentário, uma vez que já havia um orçamento por programas estabelecido para o projeto ou programa em questão, que cobria o custo do pessoal necessário para sua implementação. O Sr. Anderson afirmou que havia um sistema para abordar os diversos impactos das aposentadorias que se aproximavam e disse que a Repartição forneceria mais informações nos relatórios futuros para que os Estados Membros tivessem uma ideia melhor de como a RSPA estava administrando os impactos previstos. Com respeito à paridade de gênero, observou que havia sido apontado em conversas sobre o tema na OMS que o sucesso da Região nesse sentido estava estreitamente ligado à disponibilidade de candidatos capacitados no mercado. A Região das Américas e também a Região da Europa estavam relativamente mais bem dotadas de profissionais capacitados que as demais regiões da OMS. Contudo, cabia destacar que, se a Organização estava tentando contratar em uma área em que havia poucas mulheres, não

raro tinha que concorrer com o setor privado, que talvez pudesse oferecer benefícios mais atraentes.

238. A Diretora assegurou aos Estados Membros que a administração executiva bastante ciente não apenas da necessidade da paridade de sexo, mas também do predomínio de homens nos níveis mais elevados. A Repartição tinha um processo para selecionar os melhores candidatos, mas muitas vezes, embora preferisse contratar uma mulher, havia muitos candidatos do sexo masculino relativamente mais bem capacitados. Os Estados Membros poderiam ajudar nesse sentido, buscando candidatos do sexo feminino capacitados entre as suas populações e apresentando-os em resposta aos avisos de abertura de vagas pela OPAS.

239. Os Estados Membros também poderiam ajudar a reduzir a necessidade de reter ou recontratar os aposentados. Os representantes da OPAS/OMS formavam uma grande parcela do pessoal cujos contratos eram prorrogados para além da idade de aposentadoria. Não raro, os Estados Membros relutavam em aceitar o candidato proposto pela Repartição como novo representante e solicitavam a opção selecionar entre três candidatos, como se fazia no passado. Contudo, agora havia um procedimento novo de seleção, estabelecido pelos Estados Membros da OMS. Uma vez incluído na lista de nomes, qualquer candidato capacitado de qualquer parte do mundo tinha direito a candidatar-se ao cargo. Em seguida, a RSPA selecionaria entre todos os postulantes capacitados e apresentaria o nome do candidato selecionado ao ministério da saúde. Se o ministério não se mostrasse satisfeito com a opção, o processo resultante de consultas e explicações poderia prolongar-se por um ano. Nesse meio tempo, o representante titular talvez tivesse atingido a idade de aposentadoria, o que não deixava nenhuma opção a não ser prorrogar seu contrato ou voltar a contratar um funcionário aposentado que tinha a experiência necessária. Os Estados Membros poderiam ajudar aceitando o processo de seleção com o qual haviam concordado em Genebra e instando pessoas capacitadas da sua população a postularem sua inclusão na lista de candidatos. A Repartição continuaria atenta e solicitaria sempre uma justificativa estrita da prorrogação do contrato de um funcionário ou da recontração de um aposentado.

240. O Comitê tomou nota do relatório.

Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA (Documento CE158/31)

241. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia estudado várias propostas de modificação do Regulamento do Pessoal durante a sua 10ª sessão. Ele havia sido informado de que as modificações tinha como objetivo manter a uniformidade das condições de emprego das equipes da Repartição e da Secretaria da OMS, levando em conta a experiência e atendendo o interesse da boa gestão de recursos humanos. O Subcomitê também havia sido informado de que a maioria das modificações era de redação e sua finalidade era aumentar a clareza e uniformidade. Havia sido introduzida uma nova regra para definir explicitamente a obrigação dos funcionários de proteger os interesses financeiros da Organização.

242. O Subcomitê havia respaldado as propostas de modificação do Estatuto e Regulamento do Pessoal e, destarte, recomendava que o Comitê Executivo aprovasse o projeto de resolução contido no Anexo C ao Documento CE158/31.

243. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE158.R10, por meio da qual confirmou as propostas de modificação do Regulamento do Pessoal e estabeleceu os salários anuais da Diretora, do Diretor Adjunto e do Subdiretor para 2016.

Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS (Documento CE158/32)

244. A Sra. Carolina Báscones (Presidente, Associação de Pessoal da OPAS/OMS) disse que o pessoal da Organização agradecia ao Comitê Executivo a atenção prestada aos assuntos relacionados com as condições de trabalho. Reafirmou o compromisso do pessoal com os mandatos da Repartição e manifestou seu agradecimento à Diretora pela sua disposição para discutir abertamente os assuntos com os representantes do pessoal. Essa franqueza refletia não apenas seu interesse em compreender a situação que o pessoal enfrentava em certas circunstâncias, como também um desejo sincero de resolver problemas.

245. O Documento CE158/32 descrevia as prioridades que preocupavam a Associação de Pessoal. Uma dessas questões era a recontração do pessoal aposentado. A esse respeito, ela desejava que o Comitê soubesse que aposentados às vezes eram contratados nos termos de contratos de serviço cuja administração não cabia ao Departamento de Gestão de Recursos Humanos e, portanto, não tinham reflexo nas estatísticas sobre a dotação de pessoal mantidas pelo Departamento.

246. Outro motivo de preocupação era a implementação do PMIS, que havia representado um enorme volume de trabalho extra para o pessoal. Grande parte do tempo não planejado exigido havia consistido em trabalho voluntário não remunerado. Todo o pessoal merecia um reconhecimento especial pelos seus esforços para implementar o PMIS. A administração da justiça continuava a ser motivo de preocupação, assim como o sistema de resolução de conflitos. A Associação de Pessoal já havia deixado clara sua posição sobre o tema em ocasiões anteriores e apoiava plenamente a recomendação do Comitê de Auditoria de que o sistema deveria ser examinado e modificado (ver os parágrafos 43 a 58). O pessoal considerava que era necessário adotar urgentemente um sistema robusto e preciso para a administração dos casos a fim de assegurar que os resultados das investigações fossem postos à disposição dentro de um prazo razoável, evitando, assim, a incerteza e a especulação enquanto prosseguia uma investigação e permitindo a rápida conclusão dos assuntos. A Associação de Pessoal estava satisfeita com a vontade demonstrada pela Diretora de rever o sistema e estava disposta a ajudar e cooperar, como de costume, com entusiasmo e comprometimento, para que a administração e o pessoal, juntos, pudessem produzir melhoras significativas.

247. Com respeito à igualdade de gênero (ver os parágrafos 231 a 240 acima), a Sra. Báscones assinalou que esse tema estava relacionado não apenas com a seleção de pessoal,

mas também com sua promoção profissional daí em diante, uma vez que, de modo geral, as mulheres levavam muito mais tempo para receber uma promoção do que os homens.

248. Na discussão que se seguiu, uma delegada afirmou que o trabalho da Organização dependia, em grande medida, do seu pessoal. Para a OPAS, assim como para outras organizações, os recursos humanos constituíam um dos ativos mais valiosos. Ela era da opinião de que o pessoal tinha muito a contribuir para a consideração da questão do gênero. Era notável que, em todo o mundo, havia mais mulheres que homens com ensino superior, mas ainda havia mais homens ocupando cargos-chave. Um fator importante era que as mulheres costumavam desempenhar muitas funções extras: além das suas funções profissionais, não raro eram chefes do lar e mães, por exemplo. Outro fator era que as mulheres às vezes tendiam a duvidar de si mesmas e se questionar se estavam capacitadas para um cargo, ao passo que os homens tinham a confiança de que podiam cumprir os requisitos, ainda que fossem menos capacitados.

249. A Sra. Báscones disse que o pessoal continuaria a ajudar a Repartição nos seus esforços para melhorar a igualdade de gênero. Mais especificamente, nos relatórios futuros do Escritório de Ética, a Associação gostaria de ver dados separados por gênero, uma vez que um caso de assédio ou de represália apresentado por uma mulher, por exemplo, não era o mesmo que um apresentado por um homem.

250. A Diretora reconheceu o valor do pessoal para a Organização. Em especial, valorizava a disposição da Associação de Pessoal de cooperar com ela com uma mentalidade aberta. Eles sempre deveriam conversar livremente, e caso surgissem desacordos, deveriam ser administrados com respeito e sem rancor. Ela concordou plenamente que todo o pessoal merecia um agradecimento por suas notáveis contribuições para a implementação do PMIS.

251. O Comitê tomou nota do relatório.

Assuntos de informação geral

Programa e Orçamento da OPAS 2016–2017: mecanismos para a apresentação de relatórios parciais aos Estados Membros (Documento CE158/INF/1)

252. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que esse Subcomitê havia examinado um relatório no qual se propunham algumas opções para a apresentação de relatórios provisórios aos Estados Membros sobre a implementação do programa e orçamento da Organização. Havia sido proposto que o monitoramento e a avaliação do desempenho feitos pela Repartição a cada seis meses talvez servissem como mecanismo para a apresentação de relatórios. Outro mecanismo que poderia complementar as informações do monitoramento e avaliação do desempenho e, possivelmente, substituí-las com o passar do tempo seria um novo portal da OPAS na Internet para manter os Estados Membros informados sobre o desempenho financeiro e programático. A expectativa era que o portal começasse a funcionar em 2017.

253. O Subcomitê havia acolhido a proposta da criação do portal, considerando-o uma ferramenta importante para a transparência e responsabilidade e para fornecer informações oportunas e precisas aos Estados Membros. Manifestou-se certa preocupação, porém, com o cronograma para o desenvolvimento dos mecanismos para a apresentação de relatórios provisórios. Havia sido assinalado que, uma vez que o biênio terminava em 2017, os dados fornecidos a essa altura realmente não poderiam ser considerados informações provisórias de metade do período. Além disso, se não fossem prestadas informações até o fim do biênio atual, haveria pouca oportunidade para fazer ajustes antes do começo do biênio 2018–2019, o último biênio do Plano Estratégico atual. Vários delegados haviam sugerido que o Subcomitê propusesse que o Comitê Executivo estabelecesse um grupo consultivo dos Estados Membros para que trabalhassem com a Repartição para definir os tipos de relatórios necessários.

254. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que, no processo de monitoramento e avaliação do desempenho, feito em toda a Organização a cada seis meses, eram avaliados os riscos programáticos e financeiros, o que permitia à Repartição fazer os ajustes necessários na metade do período. Além disso, o relatório financeiro anual do Diretor continha informações sobre os gastos efetivos em comparação com os gastos orçados, as fontes de financiamento e outros dados que poderiam complementar os resultados do monitoramento e avaliação do desempenho. As informações poderiam ser disponibilizadas on-line ou por meio dos representantes da OPAS/OMS no primeiro trimestre do segundo ano da cada biênio, a partir de 2017. A Repartição acreditava que essas duas fontes de informação, junto com o novo portal, cumpririam os requisitos estabelecidos na Resolução CD54.R16 (2015), como a apresentação de informações sobre os riscos financeiros e programáticos e o que estava sendo feito para mitigá-los.

255. No debate que se seguiu, acolheu-se a criação do portal e aplaudiram-se os esforços da Repartição para promover a transparência e prestação de contas. Ressaltou-se que o portal deveria ser fácil de usar e acessível a todos os Estados Membros. Mais uma vez, destacou-se que seria difícil fazer as correções de cursos necessárias se o relatório de monitoramento não estivesse disponível até 2017, e reiterou-se a proposta de que um grupo consultivo dos Estados Membros deveria ser estabelecido.

256. O Sr. Walter disse que as informações estariam disponíveis no primeiro trimestre de 2017 e, assim, seria um relatório intermediário sobre o biênio em curso. Quanto às informações que os Estados Membros haviam solicitado na Resolução CD54.R16, a Repartição a compilava internamente e de maneira regular por meio do monitoramento e avaliação. No curto prazo, a Repartição propunha usar essas avaliações para manter os Estados Membros informados durante o biênio sobre a situação da implementação do programa e orçamento, inclusive sobre os riscos financeiros e programáticos e qualquer ajuste intermediário para abordá-los. No prazo mais longo, o portal na Internet conteria as informações solicitadas na resolução e manteria os Estados Membros informados da implementação do programa e orçamento não apenas na metade do biênio, mas também de forma contínua ao longo do biênio.

257. O Comitê tomou nota do relatório.

***Processo para o desenvolvimento do Orçamento-Programa da OMS 2018–2019
(Documento CE158/INF/2)***

258. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) disse que uma versão preliminar do Orçamento por Programas da OMS 2018-2019 seria apresentado ao 55º Conselho Diretor e a todos os demais comitês regionais da OMS para que observações fossem formuladas e modificações fossem propostas com vistas à versão a ser apresentada ao Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2017 e à Assembleia Mundial da Saúde para aprovação em maio daquele ano. O Orçamento por Programas 2018–2019 seria o terceiro e último do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS para o período 2014-2019. Além disso, serviria como ponte para o trabalho a ser iniciado no âmbito da Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, pois abordaria as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionadas com a saúde.

259. A reforma do trabalho da OMS na gestão das emergências de saúde aprovada pela Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016⁷ também seria incorporada ao projeto de orçamento por programas. Com a exceção do montante adicional para a implementação do novo Programa de Emergências de Saúde, não havia a expectativa de que o total geral do orçamento de \$4 bilhões se alteraria muito. Ademais, se previa que a estrutura programática do orçamento por programas continuaria a ser essencialmente a mesma, embora a resistência aos antimicrobianos talvez viesse a se tornar uma área programática distinta. Assim como no biênio 2016–2017, um enfoque de baixo para cima seria aplicado na elaboração do orçamento por programas, começando pelas prioridades dos países.

260. A parcela do orçamento por programas da OMS atribuída à Região aumentaria no biênio 2018–2019 como resultado da adoção da nova fórmula para a alocação estratégica das margens orçamentárias. O trabalho de elaboração do Programa e Orçamento da OPAS teria início em primeiro agosto de 2016. O primeiro passo desse processo consistiria em consultas e na definição de prioridades no nível nacional. Assim, a elaboração do orçamento da OPAS estaria mais bem alinhada com a elaboração do orçamento da OMS. Uma versão preliminar do programa e orçamento para o biênio 2018–2019 estaria pronta para ser discutida pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2017.

261. Os membros do Comitê Executivo acolheram a coordenação e alinhamento mais estreitos entre a OPAS e a OMS no processo de elaboração de orçamentos por programas e o apoio manifestado aos princípios e conceitos em que se baseava o processo. Eles também se mostraram satisfeitos porque o orçamento por programas para o biênio 2018–2019 levaria em consideração os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e louvaram o plano de definir as prioridades no nível nacional; a expectativa era que o processo de definição de prioridades fosse levado a cabo usando um método padronizado. Solicitaram-se mais informações sobre a previsão de aumento da parcela do orçamento da OMS atribuída à

⁷ Decisão WHA69(9).

Região e sobre o trabalho que os Estados Membros talvez precisassem fazer para promover essa causa.

262. O Sr. Walter confirmou que a OPAS empregaria um método padronizada na definição das prioridades, qual seja, o método de Hanlon adaptado e refinado pela OPAS (ver os parágrafos 84 a 93 acima). Com respeito à parcela do orçamento da OMS a ser alocada à Região, observou que o que havia aumentado eram as “margens orçamentárias”, o que significava que a OPAS tinha direito a receber uma parcela maior do orçamento. No passado, contudo, a Região não havia recebido sua alocação total. Os Estados Membros poderiam ajudar ao defender que parcela do orçamento da OMS que cabia às Américas fosse financiada plenamente.

263. O Comitê tomou nota do relatório.

Atualização sobre a reforma da OMS (Documento CE158/INF/3)

264. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a consideração, por esse Subcomitê, de um relatório prévio sobre a reforma da OMS, observando que o Subcomitê havia incentivado a Repartição a continuar a trabalhar as áreas pertinentes da reforma da OMS. O compromisso da OMS de aderir à Iniciativa Internacional para a Transparência da Ajuda (IATI da sigla em inglês) foi aplaudido e a OPAS foi instada a também aderir à Iniciativa, como parte da OMS ou em separado. A reforma da governança nos três níveis da OMS era vista como fundamental para a eficácia da Organização como um todo. Embora houvesse sido reconhecido a necessidade de que assegurar a compatibilidade dos processos de reforma com a condição jurídica da OPAS, uma maior integração da OPAS e da OMS nos assuntos de governança havia sido considerada importante para pôr em prática o conceito de “Uma OMS”.

265. O Subcomitê havia manifestado que tinha a esperança de que se poderia chegar ao consenso em torno da proposta da Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais (FENSA da sigla em inglês) antes da Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde. Frisou-se que a estrutura deveria assegurar a prestação de contas, transparência e resolução eficaz de possíveis conflitos de interesses. No que se refere à resposta às emergências e surtos, havia sido manifestado apoio ao projeto apresentado em março de 2016 pelo Grupo Mundial de Políticas da Diretora-Geral com respeito ao estabelecimento de um programa único, com uma força de trabalho, um orçamento, um conjunto de regras e processos e uma hierarquia para a Sede da OMS, Escritórios Regionais e países.

266. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou uma atualização sobre os progressos obtidos com respeito à reforma da OMS, observando que muito havia sido feito desde a sessão do Subcomitê março de 2016. De modo geral, 84% dos resultados da reforma estavam na fase de implementação, e a taxa de conclusão era 60%. Embora a reforma da governança continuasse a ficar para trás em relação às demais, haviam sido alcançadas conquistas significativas durante a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde. A reforma na área da resposta às emergências e aos surtos, impulsionada pelo o surto da doença causada pelo vírus Ebola, também havia sido aprovada durante a Assembleia da Saúde. Uma reforma programática essencial que havia

sido levada a cabo tanto na OMS como na OPAS era a adoção do planejamento de baixo para cima e a definição de prioridades. O portal da OMS na Internet era outro êxito da reforma da OMS. O portal, ao qual tinham acesso os Estados Membros, oferecia informações detalhadas e relativamente atualizadas sobre os fluxos financeiros por fonte. A OPAS pretendia lançar seu próprio portal, usando como modelo o portal da OMS, em 2017. As novas estratégias de recursos humanos e os registros de risco eram outros exemplos dos resultados das reformas feitas tanto na OPAS como na OMS.

267. Ao cabo de extensas negociações, a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado as reformas para implementar a Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais, uma política importante para a qual muitos Estados Membros da Região haviam contribuído de forma relevante, como a Argentina, que havia presidido o grupo de trabalho intergovernamental que concluíra a estrutura. Tal estrutura consistia em vários princípios gerais e quatro políticas específicas sobre o envolvimento com ONGs, entidades do setor privado, fundações filantrópicas e instituições acadêmicas. A estrutura era reconhecida pelos Estados Membros da OMS como a primeira política ampla do gênero entre as organizações do sistema das Nações Unidas.

268. Os Estados Membros das Américas haviam se comprometido a implementar a FENSA na Região. Em consequência, em conformidade com o Artigo 14 da Constituição da OPAS e o Artigo 7 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, a Diretora havia incluído um tema sobre a FENSA na agenda provisória do 55º Conselho Diretor. A Repartição elaboraria um documento de trabalho e um projeto de resolução a ser publicado no website da OPAS pelo menos seis semanas antes da abertura do Conselho Diretor. O documento refletiria a estrutura e terminologia da OPAS, mas não modificaria, na sua substância, a estrutura adotada pela Assembleia da Saúde.

269. O Comitê Executivo acolheu o progresso na reforma da OMS, manifestando satisfação, em especial, com a adoção da FENSA. Os delegados agradeceram, à Argentina, sua liderança do grupo de trabalho intergovernamental e, à Repartição, seu apoio durante o processo de consultas. Foi observado que os Estados Membros das Américas haviam se comprometido em implementar a FENSA por inteiro na Região, mas também se reconheceu que, devido à condição jurídica da OPAS como organização independente, a Estrutura deveria ser adotada pelo seu Conselho Diretor. Para facilitar esse processo, foi sugerido que se organizassem consultas antes da abertura do Conselho para permitir aos Estados Membros examinar e discutir o documento de trabalho e o projeto de resolução a serem elaborados pela Repartição. Foram solicitadas mais informações sobre como a Estrutura seria adaptada para ser posta em prática pela OPAS e sobre os custos associados com a sua implementação. Pediu-se à Repartição que disponibilizasse o documento com, no mínimo, seis semanas de antecedência ou, de preferência, antes.

270. Solicitaram-se também mais informações sobre como o portal da OPAS na Internet estaria vinculado ao portal da OMS e sobre a participação da Região no registro de riscos, na política de mobilidade do pessoal, na Iniciativa Internacional para a Transparência da Ajuda e no novo Programa de Emergências de Saúde da OMS. Com respeito a este último, destacou-se que a OPAS tinha um longo histórico de êxito no enfrentamento de emergências de saúde e tinha muito para compartilhar no intuito de fortalecer a OMS como

um todo. Os delegados salientaram que a reforma da OMS deveria ser liderada pelos Estados Membros e pautar-se pelos princípios da transparência, prestação de contas, equidade e eficiência. A importância de fortalecer o multilateralismo da OMS e sua coordenação com outros organismos do sistema das Nações Unidas também foi frisada. Manifestou-se firme apoio ao conceito de “Uma OMS” e recomendou-se sua aplicação no contexto da reforma. Ao mesmo tempo, a necessidade de preservar a condição da OPAS como organização independente foi ressaltada. A esse respeito, considerou-se de especial importância analisar as repercussões que a participação na política de mobilidade do pessoal da OMS poderia ter no que se refere à manutenção da qualidade técnica da OPAS.

271. Solicitou-se que o documento a ser elaborado para o Conselho Diretor sobre a reforma da OMS contivesse uma descrição melhor dos resultados da Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde. Outra solicitação foi que o documento explicasse como as atividades da OPAS de resposta a emergências estariam alinhadas com o Programa de Emergências de Saúde da OMS.

272. O Sr. Walter assegurou ao Comitê que os documentos de trabalho sobre a FENSA e outros aspectos da reforma da OMS seriam disponibilizados pelo menos seis semanas antes da abertura do 55º Conselho Diretor. Com respeito à vinculação entre os portais da OMS e da OPAS na Internet, explicou que a OPAS esperava usar o mesmo software que a OMS para que os dois sistemas fossem idênticos em termos de conteúdo, embora as fontes de informação fossem diferentes. As informações da OPAS viriam do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) (ver os parágrafos 278 a 286 abaixo), enquanto as informações da OMS viriam do Sistema Mundial de Gestão. Ademais, o sistema da OPAS forneceria mais informações sobre resultados do que o que estava disponível atualmente no portal da OMS.

273. Tanto a OPAS como a OMS tinham registros de riscos. Eles não eram idênticos, mas estavam alinhados. No tocante à Iniciativa Internacional para a Transparência da Ajuda, a OPAS havia deixado a OMS assumir a liderança na análise dos muitos requisitos para a participação e tomaria parte da Iniciativa por intermédio da OMS, pelo menos no curto prazo.

274. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA), em resposta às perguntas sobre a política de mobilidade do pessoal da OMS, disse que a OPAS estava participando do Comitê de Mobilidade Mundial como observador e, portanto, conhecia plenamente os mecanismos que estavam sendo empregados. Durante a fase voluntária inicial do sistema de mobilidade do pessoal, que duraria até o fim de 2018, segundo previsões, a Repartição daria continuidade à sua prática de tomar decisões sobre mobilidade *ad hoc* em coordenação com a Secretaria da OMS. Observou que a Repartição havia feito nove transferências em 2015, inclusive seis entre a OPAS e a OMS.

275. A Diretora assinalou que o registro de riscos, no qual deveriam ser inscritos os agentes não estatais, estava em uma fase piloto na OMS. A Repartição continuaria a trabalhar com a Secretaria da OMS para implementar o registro. Com respeito às reformas na área da resposta a emergências e surtos, atualmente a Repartição mantinha discussões com a Secretaria da OMS sobre os detalhes da participação da OPAS no programa

mundial. Enfatizou que a OPAS colaborava plenamente com a OMS na resposta às emergências, enviando pessoal aonde a Diretora-Geral solicitasse e disponibilizava outros recursos para ajudar nas iniciativas mundiais. No entanto, havia certos aspectos do programa da OMS que seriam de difícil execução na Região devido à condição da OPAS como organização independente. Ademais, em sã consciência, não poderia dismantelar uma estrutura de gestão de emergências que vinha funcionando de maneira eficaz há mais de 40 anos e adotar uma estrutura nova cuja eficácia ainda não havia sido provada. Fazê-lo seria prestar um desserviço aos Estados Membros da OPAS. A OPAS estaria alinhada funcionalmente com a OMS e seguiria as diretrizes e processos comuns, mas, por ora, a Diretora não tinha a intenção de fazer qualquer mudança estrutural no seu programa de resposta a emergências.

276. Com respeito à FENSA, observou que a Repartição só havia recebido recentemente o documento da OMS e, portanto, estava apenas começando a trabalhar no documento para o Conselho Diretor, que estabeleceria as mudanças terminológicas e de outros tipos que se fizessem necessárias para tornar a estrutura apropriada para ser adotada pela OPAS. A Repartição tomaria as providências para que o documento fosse disponibilizado aos Estados Membros tão logo fosse possível e também organizaria a consulta prévia solicitada.

277. O Comitê tomou nota do relatório.

Situação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) (Documento CE158/INF/4)

278. A Dra. Rhonda Sealey-Thomas (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) passou em revista as informações fornecidas ao Subcomitê sobre o progresso do PMIS desde março de 2016.

279. O Sr. Valentin Prat (Diretor, Departamento de Serviços de Tecnologia da Informação, RSPA) apresentou um resumo da implementação do projeto do PMIS, observando que eram três fases. A fase 1, que havia entrado em produção em fevereiro de 2015, continha os módulos de recursos humanos e folha de pagamento. A fase 2 entrara em produção, conforme previsto, em janeiro 2016 e abrangia os módulos de finanças, compras e orçamento, embora alguns componentes não essenciais desta fase tenham ficado para serem implementados durante 2016. A fase 3 — posterior à entrada em produção do PMIS — havia se iniciado em janeiro de 2016. Essa fase abrangeria as melhorias e os relatórios que haviam ficado para 2016, a estabilização do sistema e a implementação de um módulo de contratação eletrônica. Além disso, durante 2016, o Departamento de Serviços de Tecnologia da Informação passaria a ser o responsável pelo suporte e manutenção. Essa transição marcaria a conclusão da implementação do projeto.

280. Logo após a entrada do sistema na fase de produção, foi criado o Comitê Consultivo do PMIS. O Comitê se reunia todos os meses e era composto por integrantes de todos os departamentos da Organização. Entre outras funções, o Comitê examinava o progresso obtido com respeito às prioridades aprovadas e tomava decisões para simplificar

as recomendações da equipe do PMIS ou dos responsáveis pelos diversos processos de negócio.

281. No tocante ao orçamento, dos \$22,5 milhões iniciais, \$17,4 milhões haviam sido gastos até o fim do biênio 2014–2015. Com isso, restavam \$5,1 milhões, destinados a componentes pendentes que não eram considerados cruciais para o processo de entrada em produção. Além disso, havia um adicional de \$500.000 aprovado pelo Conselho Diretor para a implementação do módulo de contratação eletrônica. Não havia previsão de que o orçamento total aprovado seria ultrapassado.

282. Na discussão que se seguiu, a Repartição foi felicitada pelo êxito na implementação da fase 2 e por manter o projeto dentro do orçamento original aprovado. Assinalou-se que o Auditor Externo havia levantado várias questões em relação ao PMIS (ver os parágrafos 278 a 286 acima), inclusive que ainda havia funcionalidades e do sistema aperfeiçoamentos do sistema a serem implementados, mas não havia nenhuma estratégia detalhada, plano operacional nem cálculos de custos confiáveis para esses itens. Solicitou-se à Repartição que apresentasse uma atualização do progresso desde a visita do Auditor Externo com respeito ao planejamento e definição de prioridades com vistas a melhorias futuras, bem como que indicasse se previa que os custos poderiam ser absorvidos pelo atual orçamento para manutenção na área da tecnologia da informação.

283. O Sr. Prat confirmou que alguns aperfeiçoamentos e ajustes necessários do sistema ainda não haviam sido iniciados, inclusive alguns identificados como não essenciais. Caberia ao Comitê Consultivo do PMIS priorizá-los. Assinalou que um sistema como o PMIS era dinâmico e necessitaria de ajustes ao longo do seu uso.

284. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) acrescentou que, quando a Repartição formulou sua estratégia de tecnologia da informação, apresentada aos Órgãos Diretores em 2015,⁸ havia decidido alocar um volume suficiente de recursos ao orçamento dos Serviços de Tecnologia da Informação visando ao futuro, a fim de manter o sistema e contar com um fluxo previsível de recursos para outras necessidades. Os ajustes que seriam necessários seriam cobertos no âmbito dessa estratégia e o montante calculado no orçamento era suficiente para arcar com os respectivos gastos.

285. A Diretora observou que a implementação do PMIS havia representado um desafio extraordinário para as equipes da Repartição, que havia investido uma quantidade significativa do seu próprio tempo para assegurar que o sistema entrasse em produção. Ela fez questão de agradecer ao pessoal seus esforços. Ainda havia um certo nível de frustração entre alguns funcionários porque o PMIS era não apenas um sistema, mas uma mudança na maneira na forma de trabalhar da Repartição, que exigiria ajustes nos procedimentos e mudanças de postura. O sistema estava funcionando, o pessoal continuava a aprender e já se sabia que aperfeiçoamentos precisavam ser feitos de imediato. Essas dificuldades menores eram normais na adoção de um sistema de planejamento de recursos empresariais (ERP da sigla em inglês), muitos dos quais fracassavam. O sistema e seu uso pela Repartição estavam seguindo na direção certa, mas ainda havia um trecho a ser percorrido.

⁸ Ver o Documento CE156/26.

286. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (Documentos CE158/INF/5 e Add. I)

287. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou os relatórios sobre esse tema, observando que o Documento CE158/INF/5 continha informações sobre o cumprimento, pelos Estados Partes, dos requisitos administrativos no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) e seu progresso quanto ao cumprimento dos requisitos relativos às capacidades básicas do RSI. Além disso, informou sobre eventos recentes no campo da saúde pública de importância internacional, como os surtos da doença causada pelo vírus Zika nas Américas e em outras partes do mundo. Observou que, pela primeira vez desde que os Estados Partes começaram a informar a Assembleia Mundial da Saúde da implementação do Regulamento, em 2011, os 35 Estados Partes das Américas haviam apresentado seus relatórios anuais.

288. O documento CE158/INF/5, Add. I, continha informações atualizadas sobre dois temas fundamentais para a aplicação futura do Regulamento. O primeiro era a situação da nova Estrutura de Monitoramento e Avaliação do RSI,⁹ que não havia sido adotada formalmente pela Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016. O segundo era as 12 recomendações contidas no relatório do Comitê de Análise do Regulamento Sanitário Internacional (2005) sobre sua função na resposta ao surto do Ebola e a resposta que havia sido dada,¹⁰ relatório esse que havia sido discutido durante a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde e havia gerado bastante polêmica. Em consequência, a Assembleia da Saúde havia decidido encaminhar as recomendações aos comitês regionais da OMS para que continuassem as deliberações.¹¹

289. Desse modo, a Repartição propôs a realização de uma consulta presencial em âmbito regional, no fim de julho ou princípio de agosto de 2016 com o intuito de considerar a pertinência para as Américas de cada uma das 12 recomendações e definir as áreas de trabalho de um plano regional prospectivo sobre o RSI e o conteúdo de um projeto de resolução a ser apresentado ao 55º Conselho Diretor. A Repartição considerou que um mandato sólido do Conselho Diretor ajudaria a definir prioridades relacionadas com o RSI na Região e facilitaria a tomada de posição pelos Estados Membros das Américas sobre o assunto em preparação para a sessão do Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2017. Além disso, permitiria à Repartição prestar um apoio mais eficaz aos Estados Membros. Por conseguinte, o Comitê foi convidado a considerar a possibilidade de incluir na agenda do Conselho um tema sobre a implementação do RSI, mais especificamente na sessão dos assuntos relativos à política dos programas. Em vista das datas da consulta regional, também foi solicitado ao Comitê que considerasse a possibilidade de a Repartição publicar o documento de trabalho e o projeto de resolução sobre o tema pelo menos três semanas, em vez de seis semanas, antes da abertura do Conselho Diretor.

⁹ Ver o documento da OMS [A69/20](#).

¹⁰ Ver o documento da OMS [A69/21](#)

¹¹ Ver a Decisão [WHA69\(14\)](#).

290. O Comitê Executivo acolheu o progresso obtido pelos Estados Membros na implementação do Regulamento e apoiou a proposta de realizar consultas presenciais sobre as recomendações do Comitê de Análise do RSI e de incluir um tema na agenda do Conselho Diretor, na sessão Assuntos relativos à política dos programas. O Regulamento era visto não apenas como uma ferramenta para reduzir a propagação internacional de doenças, mas também como base para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a melhoria dos sistemas de vigilância, a capacidade laboratorial e a comunicação de riscos. Ressaltou-se que o fortalecimento das básicas do RSI ajudaria aumentar a integração dos sistemas de saúde e reforçar sua capacidade para fazer face às necessidades cotidianas e emergenciais.

291. Manifestou-se apoio à nova estrutura de monitoramento e avaliação do RSI, embora tenha sido frisada a necessidade de reconhecer o direito dos Estados Partes de elaborar e validar os procedimentos, métodos e ferramentas para sua aplicação. Solicitou-se à Repartição que elaborasse um sistema para testar as capacidades básicas do RSI por meio de exercícios de simulação. A opinião era que tais exercícios poderiam servir não apenas para avaliar o desempenho dos países, mas também ajudá-los a se preparar-se melhor para fazer frente a futuros eventos e emergências de saúde pública. O delegado dos Estados Unidos informou que seu país havia passado recentemente por uma avaliação conjunta externa, cujos resultados seriam publicados em junho de 2016, e incentivou outros Estados Membros a também considerar uma avaliação desse tipo.

292. Os delegados solicitaram esclarecimentos sobre vários pontos, entre eles o apoio que a Repartição prestaria caso não fosse aprovada mais uma prorrogação do prazo para o cumprimento dos requisitos relativos às capacidades básicas. Pediram também que fosse esclarecido se havia sido feito algum progresso no que se refere aos procedimentos para a certificação voluntária de aeroportos e portos designados. Solicitou-se uma atualização sobre o trabalho do grupo consultivo técnico e científico encarregado de mapear o risco da febre amarela e orientar sobre a vacinação para viajantes.

293. O Dr. Espinal assegurou ao Comitê que a Repartição continuaria a apoiar os Estados Partes na implementação do Regulamento, quer uma nova prorrogação do prazo para o cumprimento dos requisitos relativos às capacidades básicas fosse aprovada ou não. Observou que o importante era que os governos continuassem empenhados em comprometer-se em práticas essas capacidades para o bem das suas populações. No tocante aos procedimentos para a certificação voluntária dos aeroportos e portos, disse que não havia nenhuma novidade.

294. A Dra. Roberta Andraghetti (Assessora, Unidade do Regulamento Sanitário Internacional, Alerta e Resposta a Epidemias e Doenças Transmitidas pela Água, RSPA) disse que o grupo consultivo encarregado do mapeamento dos riscos de febre amarela havia mantido duas reuniões desde sua criação em dezembro de 2015 e havia chegado a um acordo quanto aos seus métodos de trabalho. Atualmente, o grupo estava consultando as autoridades dos países com áreas em que havia o risco de transmissão da febre amarela. A próxima reunião ocorreria no dia 28 de junho de 2016.

295. A Diretora, ao referir-se ao atual surto de febre amarela na África, salientou a necessidade de os Estados Membros das Américas se manterem em alerta para detectar casos importados da doença.

296. O Comitê tomou nota do relatório e respaldou a proposta de fazer uma consulta presencial regional sobre as recomendações do Comitê de Análise do RSI e incluir na agenda do 55º Conselho Diretor um tema sobre a implementação do RSI, na sessão dos assuntos relativos à política dos programas

Atualização sobre o vírus Zika na Região das Américas (Documento CE158/INF/6)

297. O Dr. Sylvain Aldighieri (Chefe, Unidade do Regulamento Sanitário Internacional, Alerta e Resposta a Epidemias e Doenças Transmitidas pela Água, RSPA) apresentou o tema, observando que a transmissão autóctone do vírus Zika estava presente em 39 países e territórios da Região e que cinco países haviam notificado casos de transmissão sexual. Indicou que havia sido difícil avaliar a situação porque, apesar dos grandes esforços durante os seis últimos meses, a incidência da infecção pelo vírus em toda a Região variava consideravelmente. O problema era agravado devido à cocirculação do vírus Zika com outros arbovírus, como os vírus que causavam a dengue e a febre chikungunya, transmitidos, principalmente, pelo mesmo mosquito, o *Aedes aegypti*. Estudos epidemiológicos no Brasil, Colômbia e Porto Rico haviam confirmado a cocirculação desses três vírus, o que complicava o diagnóstico de Zika.

298. Até 2015, os casos de microcefalia haviam sido raros. Agora havia milhares de casos confirmados, supostamente associados ao vírus Zika no Brasil, e também havia notificações de casos provenientes de outros países da Região. Além disso, o vírus estava associado a um aumento da incidência da síndrome de Guillain-Barré.

299. O Dr. Aldighieri explicou que já haviam transcorrido meses desde que a OMS havia declarado a epidemia de Zika uma emergência de saúde pública de importância internacional. O Comitê de Emergência do RSI sobre o vírus Zika havia se reunido duas vezes desde a declaração, havia informado que, cada vez mais, dados científicos indicavam a existência de uma relação causal entre o vírus Zika e a microcefalia e havia confirmado e atualizado suas recomendações sobre a prevenção da infecção entre os viajantes internacionais. A reunião mais recente, em junho de 2016, havia chegado à conclusão de que os próximos Jogos Olímpicos, no Rio de Janeiro, em agosto, apresentavam um risco muito baixo de uma maior propagação do Zika.

300. A estratégia regional da OPAS para combater o vírus Zika estava sustentada por três pilares — detecção, prevenção, e resposta dos serviços de saúde —, além de uma linha de ação transversal que consistia em impulsionar a pesquisa nessas três áreas. Em dezembro de 2015, a Diretora havia ativado o sistema de gerenciamento de incidentes da Organização, que vinha trabalhando a plena capacidade desde 1º de fevereiro de 2016. Em resposta a essa emergência, cerca de 30 pessoas vinham trabalhando em regime de tempo integral na Sede e nas Representações dos países mais afetados. O trabalho do sistema da OPAS estava coordenado com o dos sistemas das outras cinco regiões da OMS e com o sistema mundial, que é independente.

301. Em dezembro de 2015, a Diretor também havia ativado o fundo de resposta a epidemias para assegurar uma resposta oportuna ao finalizar o ano, e recursos para resposta à emergência têm sido recebidos da OMS e de alguns doadores desde fevereiro. Havia também compromissos de Estados Membros e Estados Observadores da OPAS. A estimativa era a resposta regional exigiria um financiamento de cerca de \$17 milhões. Os recursos haviam sido divididos entre a vigilância, a comunicação dos riscos, a resposta dos serviços de saúde, a pesquisa e a coordenação do Sistema de Gerenciamento de Incidentes.

302. A resposta à emergência do vírus Zika seguiu o modelo da resposta ao Chikungunya e da preparação para a possível importação de casos de Ebola, que haviam envolvido a mobilização e acionamento de equipes multidisciplinares nos países prioritários e nos países com alta transmissão do vírus Zika. A OPAS havia mobilizado especialistas regionais e internacionais em 25 países da América Central e do Caribe, aos quais foi dada prioridade por causa da sua situação ou por ter antecedentes de surtos de febre chikungunya ou de dengue. Além disso, foram mobilizadas equipes laboratoriais para ajudar a enfrentar as dificuldades na aplicação de novas tecnologias.

303. O Comitê Executivo acolheu o relatório e elogiou a Repartição por ter respondido de forma célere a essa emergência de saúde pública. Delegados instaram a RSPA a continuar a ajudar os Estados Membros na prevenção e detecção de ameaças relacionadas a doenças infecciosas e na resposta a tais ameaças, e chamaram a atenção para a necessidade de colaborar na vigilância e controle, bem como no desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico melhores. A opinião era que a prioridade absoluta deveria ser a redução do risco para as gestantes e para as demais mulheres em idade reprodutiva, o que exigiria resposta englobando a totalidade do governo.

304. Destacou-se que, em 1996, o Conselho Diretor havia aprovado uma resolução¹² que instava os Estados Membros a dar início a um esforço continental para erradicar o *Aedes aegypti*, mas, ao que parece, a vontade política foi insuficiente para dar cumprimento à resolução. Essa falta de vontade havia levado à situação atual, que tinha implicações nefastas para a saúde e os sistemas de saúde da Região. Considerou-se que a solução mais simples e mais sustentável para o problema seria eliminar os criadouros dos mosquitos, o que significava melhorar a gestão dos resíduos sólidos.

305. A delegada do Brasil disse que seu Governo vinha trabalhando de forma transparente para estabelecer um diálogo permanente com outros governos e com organizações internacionais, como a OPAS e a OMS. As políticas implementadas no Brasil haviam se concentrado no controle dos mosquitos, na atenção prestada às famílias e na formulação e melhoria dos protocolos de vigilância. Além disso, os esforços no campo da pesquisa haviam sido redobrados e havia sido promovido o desenvolvimento de uma vacina; a expectativa era que, já em 2016, uma vacina estivesse pronta para ser testada. O número de casos notificados de infecção por arbovírus vinha diminuindo, com uma redução de 90% dos casos de Zika desde seu pico no início de 2016. Com respeito aos Jogos Olímpicos e Paralímpicos, destacou que o risco de transmissão do vírus Zika era

¹² Resolução CD39.R11 (1996).

extremamente baixo durante os meses de inverno, época em que os jogos seriam realizados, um fato confirmado por pesquisas científicas internacionais recentes e em uma reunião recente do Comitê de Emergência sobre o vírus Zika.

306. O Dr. Aldighieri agradeceu, aos Estados Membros, seu apoio e, ao Brasil, sua participação na recente reunião do Comitê de Emergência, realizada em junho de 2016 e as informações prestadas sobre a situação do vírus Zika no Rio de Janeiro e em outras cidades-sede dos Jogos Olímpicos. Reconheceu a relação entre esse tema da agenda dia e o tema das doenças arbovirais (ver os parágrafos 158 a 164 acima), observando que a questão da resolução aprovada em 1996 seria abordada no âmbito daquele tema.

307. A Diretora disse que a situação criada pelo vírus Zika havia sido uma experiência de aprendizado para todos os envolvidos. O compromisso e a liderança políticos na mais alta esfera governamental haviam sido importantes para fazer a resposta avançar. Elogiou o enfoque que envolve a totalidade do governo visto em muitos países e enfatizou a importância de sistemas de vigilância fortes, que, no caso do Brasil, haviam sido responsáveis por alertar a Região para a presença do vírus Zika e suas consequências. Observou com satisfação que os países estavam notificando os casos de pelo vírus Zika de forma oportuna, o que havia permitido determinar as características da epidemia. Agradeceu a todos os parceiros e aos Estados Membros a assistência prestada à Repartição, trabalhar lado a lado para formar capacidades nos países e organizar as missões que trabalharam nos países afetados. O desafio para a Região agora seria manter o mesmo nível do compromisso no médio e longo prazo, pois havia ficado demonstrado que era difícil controlar o *Aedes aegypti*. A Repartição continuaria a trabalhar em estreita cooperação com os Estados Membros afetados no temário de pesquisas e na vigilância. O Sistema de Gerenciamento de Incidentes continuaria a funcionar a plena capacidade até o fim de setembro de 2016. O provável é que as operações continuariam em menor escala até, pelo menos, o fim de dezembro, à espera de uma avaliação da situação.

308. O Comitê tomou nota do relatório.

Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na Região das Américas (Documento CE158/INF/7)

309. A Dra. Kira Fortune (Chefe Interina, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) ao apresentar o relatório sobre a implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) na Região, observou que os ODS estavam bem alinhados com o Plano Estratégico da OPAS 2014–2019. Indicou que, embora a saúde fosse o foco específico de apenas um dos ODS, era essencial cumpri-los todos. Explicou também que várias das metas no âmbito da saúde representavam uma continuação da agenda inconclusa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e de diversas resoluções e planos de ação relacionados da Assembleia Mundial da Saúde.

310. O relatório deu ênfase ao progresso obtido ao preparar a Região para a implementação da Agenda de Desenvolvimento Sustentável e a formulação de uma solução regional para alcançar os ODS, um processo que havia incluído uma análise da relação entre os ODS e as metas e indicadores do Plano Estratégico. Os Estados Membros haviam convocado a Repartição a ajudar no cumprimento das responsabilidades

estabelecidas nos ODS em matéria de saúde e promover a adoção de enfoques multissetoriais. Nesse sentido, em conformidade com o Plano de Ação para a Saúde em Todas as Políticas, a Repartição havia estabelecido um grupo de trabalho sobre os ODS e a saúde em todas as políticas. Além disso, a OPAS e a Organização dos Estados Americanos haviam criado um grupo de trabalho informal para identificar ações conjuntas a serem empreendidas com relação aos ODS e suas metas. O grupo trabalharia para estabelecer uma aliança interinstitucional mais ampla com respeito aos ODS na Região.

311. A Dra. Fortune explicou que vários países haviam apresentado relatórios sobre seu progresso na implementação da Agenda de Desenvolvimento Sustentável, enquanto outros estavam redigindo seus respectivos relatórios. Em termos gerais, os relatórios demonstravam que os países estavam comprometidos com os ODS e dispostos a comprometer tempo e recursos para alcançá-los. O processo de implementação dos ODS dava aos governos uma oportunidade para renovar seu compromisso com a saúde pública e fazer um trabalho multissetorial nos aspectos dos ODS relacionados com a saúde. Além disso, eram a chance de estabelecer uma rede regional e uma plataforma oficial para o compartilhamento de experiências nacionais sobre a implementação dos ODS.

312. O Comitê Executivo acolheu o progresso feito no planejamento para alcançar os ODS na Região e manifestou seu firme apoio ao estabelecimento de uma rede regional e uma plataforma oficial para facilitar o intercâmbio de experiências. Os delegados reafirmaram o compromisso dos seus governos com os ODS e reconheceram a necessidade empreender ações multissetoriais para atingi-los. Concordaram que o processo de implementação dos ODS proporcionaria uma oportunidade aos países para renovar seu compromisso com a saúde pública e promover a colaboração intersetorial nos aspectos dos ODS relacionados com a saúde. Foram solicitadas mais informações sobre os resultados das diversas consultas realizadas na Região, sobretudo no sentido de identificar quais são os pontos fortes e desafios com respeito à implementação dos ODS, e sobre como a Repartição contribuiria para a consecução dos ODS. A necessidade de fortalecer os mecanismos para medir o progresso rumo às metas relacionadas com a saúde foi salientado.

313. A Dra. Fortune observou que, diferentemente dos ODM, que haviam ficado na mão dos setores, os ODS estavam muito mais vinculados aos países, o que implicava uma mudança significativa de perspectiva. A expectativa era que o processo de monitoramento do progresso rumo à consecução dos ODS também estaria vinculado aos países, pois estes deveriam selecionar, entre os numerosos indicadores, os que fossem pertinentes nos seus casos. Além disso, embora alguns ODS possam ser objeto de crítica por serem limitados do ponto de vista da saúde, uma que havia somente uma ODS que tratava especificamente da saúde, eles têm um enorme potencial quanto às possibilidades de trabalho multissetorial. De fato, uma das atividades empreendidas pelo grupo de trabalho sobre os ODS e a saúde em todas as políticas havia consistido em analisar os 17 ODS para identificar oportunidades no âmbito da saúde, indo além do ODS 3. Essa análise estava disponível para todos os Estados Membros.

314. Um dos principais resultados das consultas regionais havia sido a recomendação para formar capacidades para que as autoridades de saúde pudessem trabalhar em todos os

17 ODS, motivo pelo qual a Repartição estava trabalhando com diversos parceiros para montar um curso sobre os ODS a ser disponibilizado a todos os Estados Membros. Outro resultado havia sido continuar a elaborar documentos, como a publicação sobre a preparação da Região para alcançar os ODS relacionados com a saúde, mencionado no parágrafo 7 do Documento CE158/INF/7, a fim de fazer um balanço do trabalho em andamento, dos parceiros interessados e dos respectivos mandatos e resoluções. A Repartição estava trabalhando em uma plataforma que permitiria aos Estados Membros e ao público em geral ter acesso a esses documentos.

315. A Diretora disse que a Repartição estava prestando apoio significativo aos Estados Membros com relação aos ODS, não apenas desde a Sede, mas também nas representações nos países. Os representantes da OPAS/OMS estavam participando ativamente em discussões que estavam ocorrendo nos países sobre a formulação dos planos nacionais para a consecução dos ODS. Conforme assinalado, vários mandatos da OPAS, como o Plano Estratégico, a *Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde* e o Plano de Ação para a Saúde em Todas as Políticas, estão alinhados estreitamente com os ODS, como era o caso da *Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017*. O processo de formulação de um novo documento para o período posterior a 2017 poderia proporcionar uma oportunidade para examinar a agenda de saúde da Região tendo os ODS como pano de fundo.

316. O Comitê tomou nota do relatório.

Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde: Relatório final (Documento CE158/INF/8)

317. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou o relatório final sobre o Plano de Ação para o Fortalecimento das Estatísticas Vitais e de Saúde e explicou que, embora o plano abarcasse um quinquênio que havia se encerrado em 2013, o relatório final estava sendo apresentado em 2016 porque, em alguns países, os dados necessários para o relatório apenas estiveram disponíveis em 2015. Na resolução por meio da qual se aprovou o plano (Resolução CD48.R6), os Estados Membros haviam sido instados a promover e coordenar a participação das diferentes entidades e agentes envolvidos na produção de estatísticas vitais e de saúde e a formular e supervisionar planos nacionais para fortalecer e melhorar as estatísticas de saúde.

318. Durante o período do plano, 20 países haviam estabelecido comitês institucionais para fortalecer as informações em saúde, 35 haviam feito avaliações sobre a situação das estatísticas vitais e 29 haviam formulado planos de ação nacionais. A cobertura dos registros de nascimento e óbitos havia melhorado, assim como a qualidade das informações notificadas. Contudo, persistiam desafios em várias áreas, como a inexatidão ou imprecisão ao informar as causas de morte, o arredondamento dos dados sobre o peso ao nascer, bem como pontos fracos nos sistemas de informação e falta de dados nos níveis municipal e estadual/provincial.

319. O Comitê foi convidado a considerar a possibilidade de recomendar a elaboração de um novo plano de ação regional para enfrentar esses desafios e tirar partido do progresso feito no âmbito do Plano de Ação 2008–2013. Observando que, tradicionalmente, os recursos para a melhoria dos sistemas de informação em saúde haviam sido limitados, o Dr. Espinal fez um apelo aos Estados Membros para que buscassem aumentar o apoio aos seus sistemas de informação em saúde para que pudessem produzir os dados necessários para formular políticas de saúde que beneficiariam suas populações.

320. O Comitê Executivo acolheu o progresso feito com respeito à melhoria das estatísticas vitais e de saúde e manifestou seu apoio à proposta para elaborar um plano de ação atualizado para manter os avanços obtidos no âmbito do Plano de Ação 2008–2013 e continuar a fortalecer os sistemas de informação em saúde e melhorar a qualidade das informações produzidas. Considerou-se de especial importância melhorar a qualidade das informações do certificado de óbito, e a Repartição foi instada a apoiar os Estados Membros para garantir que se aplique a Classificação Internacional de Doenças, décima revisão, (CID-10) ao informar as causas de morte. A necessidade de melhorar o cumprimento dos prazos para o registro de nascimentos e a precisão dos dados notificados em alguns países também foi observada, assim como a necessidade de melhorar a disponibilidade de dados subnacionais de qualidade. Além disso, foi sublinhada a importância de usar os dados de qualidade para a tomada de decisões com base científica.

321. Os delegados enfatizaram que o novo plano de ação deveria ser compatível com os esforços dos parceiros regionais e mundiais, como o Banco Mundial, e recomendou ampliar seu alcance de modo a abarcar áreas das informações em saúde diferentes das estatísticas vitais e de saúde; o plano também deve apoiar a coleta das informações necessárias para monitorar o progresso no âmbito do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde. Iniciativas como o instrumento mundial de colaboração sobre dados de saúde (Health Data Collaborative) eram vistas como ferramentas úteis para fortalecer a capacidade nacional para coletar dados para esses fins. Assinalou-se que era crucial assegurar que o registro civil fosse universal e as estatísticas vitais fossem exatas para fechar brechas nos dados de gênero, o que, por sua vez, era essencial para atingir a igualdade de gênero, das mais poder às mulheres e meninas e tornar os direitos humanos uma realidade. A Repartição foi instada a apoiar os Estados Membros na integração da perspectiva de igualdade de gênero nos seus sistemas de informação em saúde.

322. O Dr. Espinal agradeceu aos Estados Membros seus esforços para melhorar os sistemas de informação em saúde na Região e seu apoio à proposta para formular um novo plano de ação. Um aspecto fundamental a ser abordado no âmbito do novo plano seria a qualidade das informações. Não era suficiente concentrar-se apenas na quantidade de dados coletados; também era preciso assegurar a exatidão desses dados. Além disso, seria importante que os Estados Membros dispusessem da capacidade para produzir os dados necessários para acompanhar o progresso rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

323. A Diretora observou que as estatísticas vitais eram realmente vitais: se as crianças não eram registradas, isso praticamente equivalia a que elas não existissem, pois não

tinham nenhuma identidade legal e, em alguns países, não poderiam ter acesso a serviços básicos de saúde e educação. Embora a qualidade das estatísticas vitais e de saúde houvesse melhorado em vários Estados Membros, de modo geral os avanços obtidos na Região eram insuficientes. Os países tinham muitos tipos diferentes de sistemas de informação, muitos dos quais não produziam dados oportunos e fidedignos necessários para a implementação de programas, a formulação de políticas e a tomada de decisões. O problema era particularmente grave nos oito países-chave da Organização. Assim, era uma prioridade absoluta para a Repartição continuar a trabalhar com os Estados Membros para melhorar os sistemas de informação em saúde e assegurar que cada criança fosse contada e cada morte, e sua causa, fosse informada.

324. O Comitê respaldou a proposta de formular um plano de ação regional atualizado a ser apresentado aos Órgãos Diretores para aprovação em 2017.

Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição em saúde e desenvolvimento 2006-2015: Relatório final (Documento CE158/INF/9)

325. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) recordou que o 47º Conselho Diretor havia aprovado a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Nutrição na Saúde e o Desenvolvimento com o objetivo de melhorar o nível nutricional ao longo de todo o ciclo de vida, sobretudo no caso dos pobres e outros grupos vulneráveis, o que ajudaria a promover a equidade em saúde, a prevenção de doenças, o aumento da expectativa de vida e a melhoria da qualidade de vida dos povos das Américas.

326. Durante o período abrangido pela Estratégia e Plano de Ação (2006–2015), 18 Estados Membros haviam revisto políticas e programas para combater a desnutrição e 20 estabeleceram políticas de segurança alimentar e nutricional; 18 Estados Membros haviam estabelecido programas de transferência condicional de renda, que haviam beneficiado cerca de 130 milhões de pessoas; 33 Estados Membros haviam adotado os Padrões de Crescimento Infantil da OMS de 2006 e praticamente todos os países da Região tinham políticas para promover a amamentação. Três países haviam elevado as taxas de amamentação exclusiva em mais de 25%; contudo, somente 44% dos lactentes com até seis meses eram amamentados exclusivamente. O relatório final contido no Documento CE158/INF/9 apresentou outros dados sobre a situação nutricional atual na Região e sobre as medidas tomadas pelos Estados Membros para reduzir as deficiências nutricionais e promover uma alimentação e estilos de vida saudáveis.

327. Os dados sobre nutrição foram obtidos, principalmente, por meio de pesquisas nacionais sobre saúde e nutrição com crianças pequenas e mulheres em idade reprodutiva, feitas a cada cinco anos aproximadamente; contudo, somente 22 países fizeram essas pesquisas e, muitas vezes, elas não foram feitas a cada cinco anos, mas com uma frequência menor. Em consequência, a falta de dados continuava a ser um grande desafio. Para enfrentar esse e outros desafios que ainda persistiam, como o duplo ônus da sobrenutrição e da subnutrição, a Repartição recomendou aos Estados Membros que implementassem plenamente o *Plano Mundial de Implementação Integral da Nutrição Materna, do Recém-nascido e da Criança*, da OMS, e o *Plano de Ação para a Prevenção*

da *Obesidade nas Crianças e Adolescentes*, da OPAS. Entre as ações prioritárias recomendadas, destacavam-se o fortalecimento da coordenação intersetorial para ampliar o acesso aos alimentos saudáveis e às oportunidades para fazer atividade física; o aumento da capacidade do setor de saúde para fazer as intervenções nutricionais essenciais a fim de reduzir tanto o atraso no crescimento como o excesso de peso; a suplementação de micronutrientes e a fortificação de alimentos de primeira necessidade para prevenir as carências de micronutrientes; políticas fiscais e regulamentação da comercialização e rotulagem de alimentos para reduzir o consumo de bebidas adoçadas com açúcar e produtos com alto conteúdo calórico e baixo valor nutricional pelas crianças e adolescentes; e sistemas robustos de vigilância sanitária e incorporação de indicadores nutricionais nesses sistemas, combinados com o monitoramento e avaliação dos programas para medir os efeitos sobre a nutrição.

328. No debate que se seguiu, um delegado descreveu os esforços do seu Governo para combater as carências de micronutrientes por meio de uma melhor distribuição de micronutrientes e alimentos enriquecidos e a provisão de suplementos de ferro às gestantes. Observou que, no seu país, o setor de saúde estava trabalhando com o setor de educação para melhorar a qualidade dos alimentos que as crianças recebiam na escola e regulamentar as informações disponibilizadas sobre eles. Além disso, comentou que, às vezes, os costumes e condições locais prejudicavam os esforços para melhorar a nutrição e combater o sobrepeso e a obesidade.

329. O Dr. Hennis ressaltou a necessidade de colaboração intersetorial para abordar as questões nutricionais que ficavam fora da alçada do setor de saúde. Por exemplo, a colaboração com os setores da educação e agricultura era essencial. Ele acrescentou que a expectativa era que a Década das Nações Unidas de Ação sobre a Nutrição (2016–2026) seria considerada um chamado à ação para prevenir todas as formas de desnutrição.

330. O Comitê tomou nota do relatório.

Estratégia e plano de ação para a redução da desnutrição crônica: Relatório final (Documento CE158/INF/10)

331. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA), ao apresentar o relatório final, observou que a Estratégia e plano de ação para a redução da desnutrição crônica haviam sido aprovados pelo 50º Conselho Diretor com o objetivo de contribuir para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) 1, 2, 3, 4 e 5 e melhorar a saúde ao longo de todo o ciclo de vida. Essa estratégia havia sido elaborada com a intenção de complementar a Estratégia e plano de ação regionais sobre a nutrição na saúde e o desenvolvimento (ver os parágrafos 325 a 330 acima), dando atenção especial à redução da desnutrição crônica ao considerá-la uma prioridade urgente.

332. Ao resumir os principais avanços no âmbito da estratégia e plano de ação, informou que 18 países haviam adotado estratégias intersetoriais de segurança alimentar e nutrição; pelo menos 22 países haviam feito pesquisas sobre nutrição e saúde em nível nacional para coletar dados sobre a nutrição divididos por gênero, etnia, quintis de riqueza e área

geográfica; os municípios em condições vulneráveis de pelo menos 18 países haviam posto em prática programas ou intervenções intersetoriais relacionados com a alimentação e a nutrição; vários ministérios da saúde haviam implementado programas para o desenvolvimento de capacidades a fim de melhorar os conhecimentos sobre a alimentação e a nutrição; e 19 países haviam criado comitês intersetoriais em nível municipal ou comunitário para melhorar a segurança alimentar e nutricional.

333. Embora a desnutrição crônica tenha diminuído durante os cinco anos abrangidos pela Estratégia e Plano de Ação (2010–2015), ela continuava a ser um problema, sobretudo entre as populações marginalizadas. Ao mesmo tempo, o sobrepeso e a obesidade haviam aumentado. A anemia também havia caído, mas continuava a ser um problema, principalmente entre as gestantes. A Repartição recomendou que os Estados Membros fortalecessem os mecanismos subnacionais de coordenação intersetorial para prevenir o atraso no crescimento, o excesso de peso e a anemia; fortalecer a capacidade do setor de saúde para fazer entregar as intervenções nutricionais essenciais, como a promoção da amamentação e alimentação saudável; manter os programas para fornecer suplementos com multinutrientes e alimentos enriquecidos; intensificar os esforços para promover e facilitar a amamentação; e reforçar os sistemas de vigilância nutricional por meio da incorporação de indicadores nutricionais.

334. O Comitê Executivo reconheceu o progresso feito, mas também observou que a desnutrição, nas suas diversas formas, continuava a ser um problema sério em alguns países, apesar do considerável esforço feito pelos governos para enfrentá-la. Os delegados salientaram a necessidade de ação intersetorial, pois o setor de saúde sozinha não conseguiria enfrentar o problema. A mitigação da pobreza, assim como a educação, era vista como crucial para a eliminação da desnutrição crônica. Destacou-se que a qualidade da nutrição na infância tinha repercussões ao longo de toda a vida, e salientou-se a importância de melhorar a nutrição durante a gravidez e a primeira infância. Além disso, considerou-se necessário avaliar o impacto das diversas estratégias e intervenções aplicadas para identificar por que algumas haviam sido eficazes enquanto outras não e fazer um intercâmbio de informações sobre as experiências bem-sucedidas e as melhores práticas. Nesse sentido, sugeriu-se que o relatório poderia ser melhorado com o acréscimo de informações sobre as lições extraídas, a fim de informar sobre os indicadores do plano de ação. Observou-se que, em alguns casos, problemas com o monitoramento e a avaliação, por um lado, e com o fluxo de dados ao passar do nível subnacional para o nacional, por outro lado, haviam prejudicado a coleta de informações sobre a nutrição e a avaliação do impacto das intervenções.

335. O Dr. Hennis afirmou que eram necessários sistemas robustos para fazer a vigilância nutricional ao longo de toda a vida. A Repartição continuaria a trabalhar com os Estados Membros para melhorar sua capacidade de compilar dados nutricionais de boa qualidade e, também, permitir-lhes vigiar e avaliar programas e políticas para identificar por que eles nem sempre produziam os resultados previstos. Além disso, era preciso fazer pesquisas para identificar as especificidades dos países e abordá-las por meio de métodos adaptados a cada caso. Embora tenham sido obtidos avanços na redução da má nutrição crônica decorrente da subnutrição, os níveis de sobrepeso e obesidade na infância haviam dobrado durante o período da estratégia e plano de ação, e os problemas nutricionais

continuavam a ser fatores significativos nos anos de vida ajustados pela incapacidade perdidos na Região. Assim, a desnutrição, em todas as suas dimensões, deveria continuar a ser uma prioridade tanto para a Repartição como para os Estados Membros.

336. A Diretora, após observar que muitos países na Região estavam procurando resolver o duplo ônus do sobrepeso e da obesidade em paralelo às carências de micronutrientes e à subnutrição, salientou a necessidade de um enfoque que abarcasse todo o ciclo de vida e uma ênfase em alimentação vitalícia saudável ao longo da vida, o que era fundamental para uma vida saudável e produtiva. Sem esse enfoque, o pêndulo poderia passar facilmente de um extremo a outro, ou seja, da desnutrição para a obesidade, como já havia ocorrido em alguns países do Caribe. Mencionou também a necessidade de aumentar a participação e vigilância multissetoriais e de mais atividades específicas de pesquisa para compreender por que os investimentos e programas não estavam produzindo os resultados previstos. A Repartição apoiaria os Estados Membros na busca por parceiros que lhes permitissem fazer essas pesquisas. Além disso, continuaria a colaborar estreitamente com o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA) no âmbito da nutrição.

337. O Comitê tomou nota do relatório.

Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita na Região das Américas: Relatório final (Documento CE158/INF/11)

338. O Dr. Luis Andres de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) recordou que o Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas havia sido adotado em 2012 com a intenção de pôr em prática intervenções emergenciais destinadas a fortalecer os programas de vacinação e vigilância do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita e, dessa forma, assegurar que a Região continuasse livre da transmissão endêmica de do sarampo e rubéola. Acrescentou que uma avaliação provisória do progresso, feita em 2014, havia descoberto que as medidas tomadas no âmbito do Plano de Ação haviam permitido manter a eliminação de ambas as doenças.

339. Em abril de 2015, havia sido declarado que a rubéola e a síndrome da rubéola congênita havia sido eliminadas na Região das Américas. Quanto ao sarampo, desde 2014 haviam ocorrido surtos em vários países devido a casos importados e a transmissão endêmica havia reaparecido em um país (Brasil). Em agosto de 2016, o Comitê Internacional de Especialistas examinaria os dados comprobatórios da interrupção da transmissão no Brasil, onde não eram notificados casos havia mais de um ano. Se o Comitê aceitasse os dados, poderia ser declarado que o sarampo havia sido eliminado na Região. Contudo, manter a Região livre do sarampo e da rubéola exigiria um compromisso contínuo por parte dos Estados Membros para que mantivessem uma ampla cobertura da vacinação e uma forte vigilância epidemiológica. O parágrafo 21 do Documento CE158/INF/11 continha um conjunto de recomendações com o objetivo de assegurar que a eliminação das duas doenças pudesse ser mantida; como ambas as doenças continuavam a ser endêmicas em todas as demais regiões da OMS, motivo pelo qual as Américas corriam o risco de ter casos importados, uma das recomendações era apoiar a aprovação de uma resolução pela Assembleia Mundial da Saúde em 2017 a favor da erradicação mundial do sarampo e da rubéola.

340. O Comitê Executivo aplaudiu a eliminação da rubéola e da síndrome de rubéola congênita e acolheu o progresso rumo à eliminação do sarampo. Também apoiou as recomendações para manter a eliminação, sobretudo a implementação das estratégias para alcançar elevadas taxas de cobertura da vacinação e medidas para deter a transmissão com rapidez se houver casos importados. Destacou-se que, embora os países talvez não pudessem prevenir a importação, eles poderiam prevenir a transmissão ao assegurar a alta imunidade da população e a vigilância de alta qualidade. A necessidade de desagregar as informações sobre a cobertura fora salientada; isso era considerado de especial importância para identificar populações remotas ou isoladas com baixas taxas de vacinação. Manifestou-se apoio à adoção de uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde que exigisse a erradicação mundial do sarampo e da rubéola, embora a opinião fosse de que era necessário ser cauteloso ao definir um prazo para a consecução dessa meta.

341. O Dr. Francisco Serpa concordou que era crucial manter elevadas taxas de cobertura da vacinação e assegurar a vigilância epidemiológica eficaz para detectar qualquer caso de reintrodução dos vírus do sarampo ou da rubéola e agir sem demora para

prevenir a transmissão. Concordou também com a importância de desagregar os dados de modo a identificar as áreas de baixa cobertura.

342. A Diretora afirmou que a baixa cobertura registrada em alguns municípios — 60% em alguns casos — punha em risco a possibilidade de manter a eliminação dessas doenças. A Repartição continuaria a apoiar os Estados Membros para que alcançassem e mantivesse uma cobertura uniforme de 95% ou mais em pelo menos 80% dos municípios para prevenir uma acumulação de pessoas suscetíveis que poderiam continuar a transmitir o vírus no caso de um surto de sarampo ou rubéola. Também apoiaria os Estados Membros no reforço da sua vigilância epidemiológica e capacidade de resposta rápida caso a transmissão voltasse. O Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS era um dos elementos essenciais da cooperação técnica da Repartição na área da imunização, motivo pelo qual seria importante preservar o Fundo para garantir uma cobertura ampla e contínua.

343. O Comitê tomou nota do relatório.

Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: Relatório final (Documento CE158/INF/12)

344. O Dr. Luis Andres de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA), ao apresentar o relatório final sobre a estratégia e plano de ação regionais, observou que o objetivo do trabalho empreendido havia sido apoiar os países da Região para que cumprissem os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pertinentes. Um relatório provisório apresentado ao Conselho Diretor em 2013 havia salientado a necessidade de esforço contínuo para reduzir a mortalidade neonatal abordando os fatores determinantes e as iniquidades que persistiam. O relatório final (Documento CE158/INF/12) descreveu os resultados do trabalho realizado durante o período coberto pela estratégia e plano de ação (2008–2015), as lições extraídas e os desafios restantes. Além disso, nos parágrafos de 14 a 16, fazia recomendações quanto à atuação no futuro.

345. Enquanto muito houvesse sido alcançado, a mortalidade neonatal passível de prevenção continuava a ser um sério motivo de preocupação em alguns países. Algumas populações continuavam a apresentar taxas de atendimento por pessoal qualificado inferiores a 80%. Em muitos casos, a qualidade da atenção e o cumprimento das normas baseadas em dados científicos para a atenção ao recém-nascido eram limitados. A implementação de intervenções nas comunidades variava amplamente entre os países e dentro de cada país. Portanto era essencial continuar a tirar partido do progresso obtido nas cinco áreas estratégicas da estratégia e plano de ação e pôr em prática as ações contempladas nas iniciativas mundiais pertinentes, como a *Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente* (2016–2030)¹³ e o *plano de ação mundial Todos os Recém-nascidos*.¹⁴

¹³ <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf>.

¹⁴ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf.

346. O Comitê Executivo acolheu o progresso alcançado, mas salientou a necessidade de que houvesse compromisso e esforço permanentes para manter os ganhos obtidos vencer os desafios restantes. O Comitê também manifestou seu apoio às recomendações de empreender ações no futuro, conforme contemplado no relatório final, sobretudo a recomendação de alinhar os esforços regionais com as iniciativas mundiais pertinentes. Nesse sentido, solicitou-se à Repartição que proporcionasse mais detalhes sobre uma proposta no relatório para estabelecer mecanismos para adotar os objetivos e metas estratégicos do *plano de ação mundial Todos os Recém-nascidos*.

347. Os Estados Membros que ainda não o haviam feito foram instados a pôr em prática um plano nacional para a saúde do recém-nascido. Destacou-se a importância das intervenções para abordar os fatores determinantes da prematuridade, defeitos congênitos, sépsis e asfixia, bem como a necessidade de identificar soluções para os problemas relacionados à cobertura e à qualidade da atenção durante o parto. A detecção precoce e o tratamento das más formações congênitas e de outras enfermidades eram considerados cruciais para reduzir a mortalidade neonatal. A necessidade de ação conjunta para fazer face às ameaças impostas pelo vírus Zika também foram salientadas, especialmente em vista das possíveis consequências para a saúde do lactente e da criança. Ademais, frisou-se o valor de compartilhar estratégias e intervenções bem-sucedidas no enfrentamento do Zika e de outros desafios.

348. O Dr. Francisco Serpa observou que o surto do vírus Zika na Região havia servido para destacar as brechas nos programas de saúde materna e neonatal e salientar a necessidade de fortalecer esses programas e assegurar o bom atendimento pré-natal e o atendimento qualificado no parto. A Repartição continuaria a trabalhar com os Estados Membros nesse sentido. Com respeito ao plano Todos os Recém-nascidos, explicou que a Repartição não estava propondo modificações nos elementos do plano; simplesmente, desejava que se desse ênfase à necessidade de contar com planos nacionais e de fortalecer os sistemas de informação e melhorar a qualidade da atenção onde fosse necessário.

349. A Diretora observou que o progresso na redução da mortalidade neonatal praticamente havia estancado nos cinco últimos anos e acrescentou que poderia ser difícil alcançar uma maior redução das mortes neonatais muito prematuras porque tais casos costumavam exigir amplos serviços de nível terciário. Contudo, mostrou-se otimista quanto à possibilidade de continuar a reduzir as mortes neonatais por causas evitáveis ao melhorar o acesso a assistência, zelar para que a atenção primária fosse de boa qualidade e resolver as desigualdades e outros determinantes sociais que guardavam estreita correlação com a mortalidade neonatal mais elevada. Não havia dúvida de que a atual epidemia de Zika teria um impacto sobre as taxas de mortalidade neonatais. Seria necessária boa vigilância epidemiológica para determinar, nos casos de óbitos infantis, quais decorriam da infecção pelo vírus Zika e quais se deviam a outras causas.

350. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (Documento CE158/INF/13)***A. Estratégia e plano de ação para a e-Saúde: Avaliação intermediária***

351. A delegada do México agradeceu à Repartição seu apoio ao organizar a XIV Conferência Ibero-americana de Ministras e Ministros da Saúde, realizada no México, que havia se concentrado no uso da tecnologia da informação para promover os estilos de vida saudáveis e combater as doenças, especialmente as doenças não transmissíveis.

352. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem

353. Uma delegada destacou que, embora o relatório contivesse informações sobre o aumento alarmante do número de casos de gravidez de com até 15 anos, havia poucas informações sobre os esforços que estavam sendo envidados pelos Estados Membros para ampliar o acesso a informações sobre a saúde sexual e reprodutiva e aos serviços prestados nessa área. Tampouco haviam sido mencionadas as conexões entre essa importante questão e a resposta à propagação do vírus Zika. Como se reconheceu que muitos países nas Américas tinham acesso precário a informações sobre a saúde sexual e reprodutiva e aos serviços prestados nessa área tanto às adolescentes como às mulheres, o relatório deveria conter que ações precisaria ser tomadas corrigir essa deficiência, além das medidas necessárias para modificar as normas de gênero, que perpetuavam essa falta de acesso.

354. Outros delegados sublinharam a gravidade do problema da violência entre adolescentes e jovens, inclusive a violência sexual. A pobreza, a falta de instrução e de informação e as deficiências no sistema de justiça eram citadas como fatores que contribuíam para a violência. A educação também era vista como crucial para reduzir o número de casos de gravidez de adolescentes. Salientou-se a necessidade de um enfoque baseado nos direitos que incorporasse uma perspectiva de gênero e levasse em consideração os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a importância de um enfoque multissetorial e multidisciplinar. Diversos delegados descreveram os esforços que seus governos estavam fazendo para melhorar a saúde dos adolescentes e dos jovens.

355. O Dr. Luis Andres de Francisco Serpa, (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) observou que o plano de ação instava pela promoção da causa e por reformas na legislação destinadas a garantir aos adolescentes o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva. Além disso, o plano exigia a capacitação do pessoal dos serviços de saúde para aumentar a sua competência na resposta às necessidades de saúde dos adolescente e jovens e reconhecia a importância de um enfoque multidisciplinar e multissetorial que abordasse os determinantes sociais da saúde. No momento, o plano estava sendo ajustado para levar em consideração os mais recentes desafios, como o controle e tratamento da doença causada pelo vírus Zika, com atenção especial às gestantes, inclusive as adolescentes. Realçou que o plano efetivamente adotava um enfoque baseado nos direitos, ao exigir a eliminação da discriminação no acesso de adolescentes e jovens aos serviços de saúde, inclusive aos programas de contracepção e outros serviços de saúde reprodutiva.

356. A Diretora disse que os adolescentes e jovens constituíam um grupo ao qual a Repartição e os Estados Membros deveriam dar atenção especial. Tratava-se de um grupo associado a muitos comportamentos de alto risco, como o tabagismo, o consumo de álcool, comportamentos sexuais de alto risco e a direção sob o efeito de álcool. Acrescentou que, embora o relatório apresentasse resultados positivos de modo geral, tanto a Repartição como os Estados Membros precisavam fazer muito mais para fazer face às necessidades de saúde de adolescentes e jovens. A Repartição continuaria a trabalhar para garantir um enfoque muito mais holístico, que levasse em consideração os desafios que os jovens enfrentam e os fatores sociais e culturais pertinentes. A Diretora disse ainda que era pouco provável que os adolescentes e jovens buscassem atenção médica por vontade própria e que, por isso, era o momento de reconsiderar a melhor maneira de chegar até eles.

357. O Comitê tomou nota do relatório.

C. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis: Avaliação intermediária

358. Assinalou-se que, embora o relatório fizesse um resumo útil do progresso e dificuldades com respeito à prevenção e controle das doenças não transmissíveis (DNTs) na Região, ele não abordava claramente as quatro linhas de ação estratégicas do plano de ação, motivo pelo qual solicitou-se à Repartição que apresentasse ao Conselho Diretor informações sobre o progresso com respeito no tocante a essas linhas de ação. Foram solicitados também mais detalhes sobre o trabalho do Grupo de Trabalho Interamericano sobre as DNTs. Considerou-se importante que todos os países compartilhassem seus resultados para que houvesse um maior conhecimento em geral, talvez por intermédio do Fórum Pan-Americano de Ação contra as DNTs. Além disso, considerou-se essencial que os países tivessem políticas públicas baseadas em uma abordagem ampla quanto às DNTs, com cooperação intersetorial entre os governos, as ONGs e círculos acadêmicos. Sugeriu-se que conscientizar os líderes políticos e as autoridades de alto escalão de outros setores do custo que as mortes pelas DNTs tinham para os países poderia ser um meio eficaz de convencê-los da necessidade de ação concertada para combatê-las. Foi mencionada ainda a necessidade de alcançar um equilíbrio entre o esforço as atividades realizadas e os recursos investidos nas doenças transmissíveis e não transmissíveis.

359. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) concordou com a importância da participação multisetorial e ressaltou o valor do intercâmbio de informações entre os Estados Membros com respeito às iniciativas que haviam sido bem-sucedidas. O Fórum Pan-americano realmente poderia servir de mecanismo para o intercâmbio de informações, embora a capacidade da Repartição para trabalhar com o Fórum estivesse limitada enquanto a questão da FENSA (ver os parágrafos 264 a 277 acima) estivesse pendente. Ele instou os Estados Membros a implementarem a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, a tomar medidas para prevenir o consumo prejudicial do álcool, criar políticas e programas sobre a nutrição e promover a atividade física. Além disso, instou os Estados Membros que ainda não o haviam feito a implementar um plano nacional para o controle das DNTs até o fim de 2016.

360. A Diretora, ao destacar a importância de que os ministros das finanças e chefes de Estado se envolvessem nos esforços para o controle e de prevenção das DNTs, disse que a Repartição estava cooperando com várias instituições acadêmicas para coletar dados sobre o impacto econômico dessas doenças. Nas suas discussões com autoridades nacionais, havia observado a convicção de que a resposta ao problema das DNTs consistia em uma mudança de comportamento por parte de cada pessoa. Isso era, sem dúvida, importante, mas não era a maneira mais eficaz de tratar as DNTs. Para produzir o máximo efeito, fazia-se necessário empreender ações multissetoriais. Ademais, a esperança era conseguir a força política necessária por intermédio do Grupo de Trabalho Interamericano, mas também era preciso levar o assunto ao conhecimento de órgãos sub-regionais como a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e a Comunidade dos Estados da América Latina e Caribe (CELAC).

361. O Comitê tomou nota do relatório.

D. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool: Avaliação intermediária

362. Assinalou-se que parecia haver deficiências consideráveis nos números relativos ao consumo de álcool como causa subjacente de doenças. Uma delegada apontou que uma pesquisa recente no seu país havia mostrado que, embora o tabagismo estivesse diminuindo graças à adoção de leis e outras medidas, o consumo de álcool estava crescendo, mas esse crescimento não estava sendo refletido necessariamente nas estatísticas produzidas pelos sistemas de informação em saúde do país. Enfatizou a necessidade de informações fidedignas e de alta qualidade para servir de base para a tomada de decisões e também a necessidade de aumentar conscientização entre o pessoal da área de saúde sobre a importância de informar sobre o consumo de álcool. Salientou também a necessidade de regulamentar a publicidade das bebidas alcoólicas. Outra delegada descreveu o que estava sendo feito no seu país para prevenir o consumo prejudicial de álcool, em particular um aumento da tributação das bebidas alcoólicas, com uma parcela definida da arrecadação do imposto sendo destinada à promoção dos esportes e ao tratamento da dependência.

363. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) disse que, aparentemente, não havia um reconhecimento insuficiente dos efeitos negativos do consumo do álcool, uma causa significativa dos anos de vida ajustados por incapacidade perdidos na Região. Acrescentou que, em termos de nível de consumo de álcool, era superada apenas pela Europa; ademais, havia o problema do consumo excessivo de bebidas alcoólicas entre as mulheres e esta era uma das Regiões onde o consumo de álcool pelos adolescentes se iniciava em uma idade mais precoce. O consumo de álcool estava vinculado não apenas às DNTs, mas também às doenças transmissíveis e à violência e aos acidentes de trânsito. Contudo, apesar dos dados sobre os seus efeitos prejudiciais, pouco se havia feito para prevenir o consumo prejudicial do álcool, cujos os efeitos negativos superavam qualquer benefício possível. De fato, no nível da população, agora se reconhecia que não havia indícios de qualquer efeito benéfico do uso do álcool. Claramente, muito mais precisava ser feito para aumentar a consciência sobre o uso do álcool como um grave problema de saúde pública.

364. A Diretora observou que o consumo de álcool estava arraigado profundamente na cultura de muitos países da Região. Além disso, a indústria das bebidas alcoólicas prosperava na maioria dos países. Assim, a redução do consumo de álcool seria muito difícil. Embora a Resolução CD51.R14 se referisse ao “uso prejudicial de álcool,” não se havia definido o que era “prejudicial” e, agora, alguns eram da opinião de que qualquer nível de consumo de álcool era prejudicial e defendia reduzir o consumo a zero. Vender essa ideia às comunidades da Região seria uma dura batalha morro acima.

365. O Comitê tomou nota do relatório.

E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública: Avaliação intermediária

366. Manifestou-se forte apoio à adoção de um enfoque de saúde pública para a prevenção e tratamento do uso de substâncias psicoativas, e elogiaram-se os esforços da Repartição para que se tenham maior consciência sobre o tema. Também foi alvo de elogios o trabalho que a Oficina vinha fazendo com os Estados Membros para assegurar que todas as pessoas que tenham um problema devido ao abuso de substâncias tenham acesso à atenção de que necessitam. A necessidade de ação integral multissetorial para prevenir o abuso de substâncias foi destacada. Ao mesmo tempo, ressaltou-se a função fundamental das autoridades de saúde no combate ao problema. Considerou-se especialmente importante que o setor da saúde liderasse os esforços para reduzir a demanda por drogas ilícitas por meio de um enfoque de saúde pública que abrangesse todos os agentes sociais e chamasse a atenção para o impacto do tráfico e uso de drogas ilícitas não apenas na saúde, mas também na segurança pública, na economia nacional e na competitividade internacional de um país. Sublinhou-se a importância das atividades de promoção que se alcance uma alocação equilibrada e coordenada dos recursos e ações a fim de reduzir a oferta de drogas.

367. Assinalou-se que o período de sessões extraordinárias da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o problema mundial das drogas, ocorrido em abril de 2016, havia representado um ponto decisivo nos esforços mundiais para fazer face ao uso e abuso de drogas. Os integrantes da comunidade mundial haviam se comprometido a ampliar o uso das abordagens de saúde pública para conseguir enfocar de maneira mais equilibrada o problema das drogas no mundo. Incentivou-se a Repartição a continuar a trabalhar em colaboração com seus parceiros, como o Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes, a Comissão de Narcóticos e a Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas, a fim de promover enfrentar a questão através de um enfoque de saúde pública. Essa colaboração era vista como crucial para fomentar ações multissetoriais nas áreas da prevenção, tratamento, reabilitação e reintegração social das pessoas com problemas de abuso de substâncias.

368. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) concordou que o período de sessões extraordinárias da Assembleia Geral das Nações Unidas realmente havia representado um ponto decisivo quanto aos enfoques mundiais em se tratando do uso de substâncias psicoativas. Ainda havia muito trabalho a ser feito, porém, e a RSPA continuava a trabalhar em estreita colaboração com

os Estados Membros para aplicar estratégias de saúde pública com respeito ao uso de substâncias psicoativas na Região.

369. O Comitê tomou nota do relatório.

F. Situação dos Centros Pan-americanos

370. Um delegado, após destacar as importantes contribuições dos Centros Pan-Americanos para o trabalho técnico da OPAS, manifestou sua preocupação com a situação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que parecia enfrentando uma crise institucional, pois recentemente havia perdido mais de 30 funcionários, estava sem Diretor atualmente e havia se mudado para instalações onde tinha que pagar aluguel. O delegado solicitou mais informações sobre a viabilidade funcional da BIREME.

371. O Dr. Francisco Becerra Posada (Subdiretor, RSPA) respondeu que um novo Diretor havia sido selecionado para a BIREME e assumiria cargo até 1º de agosto de 2016. Atualmente, a Repartição estava negociando um novo convênio de cooperação com o Ministério da Saúde do Brasil para garantir o financiamento do centro, o que lhe permitiria continuar a funcionar. O novo acordo conteria uma cláusula que garantiria o pagamento do aluguel e que a BIREME permaneceria funcionando a plena capacidade. Nesse meio tempo, a Repartição havia fornecendo recursos à BIREME, que também obtinha receita dos projetos realizados. Ele incentivou os Estados Membros a apoiarem a BIREME usando seus serviços e produtos.

372. O Comitê tomou nota do relatório.

Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (Documento CE158/INF/14)

A. Sexagésima nona Assembleia Mundial da Saúde

373. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) resumiu os resultados da Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde (AMS), ressaltando o protagonismo de certos representantes da Região das Américas durante as deliberações. A Região também havia se distinguido por um elevado grau de preparação para as sessões e havia apresentado pelo menos oito posições regionais unificadas sobre questões prioritárias, o que havia tido um grande impacto sobre o conteúdo das políticas mundiais de saúde pública endossadas pela Assembleia da Saúde.

374. A Assembleia da Saúde havia aprovado 25 resoluções e 19 decisões. Como a Assembleia havia sido concluída apenas umas poucas semanas antes da abertura da sessão do Comitê Executivo, a Repartição só havia tido tempo de elaborar uma análise preliminar das implicações das resoluções para a Região. Mais informações detalhadas seriam fornecidas ao Conselho Diretor.

375. Entre as resoluções que poderiam repercutir sobre a agenda do Conselho Diretor, destacavam-se a Resolução WHA69.4, sobre a função do setor de saúde sobre o papel do setor de saúde no Enfoque Estratégico para a Gestão de Produtos Químicos em Nível Internacional rumo à meta de 2020 e anos seguintes, que previa consultas regionais para analisar o roteiro proposto. Com respeito à Resolução WHA69.10 sobre a Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais (FENSA), conforme indicado acima (ver os parágrafos 264 a 277 acima), foi proposto acrescentar esse tema à agenda do Conselho Diretor, na sessão Assuntos relativos à política dos programas.

376. O conteúdo da Resolução WHA69.20, sobre a promoção da inovação e do acesso a medicamentos pediátricos de qualidade, seguros, eficazes e a preços acessíveis, havia sido levado em consideração ao formular o documento de política sobre o acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde (ver os parágrafos 103 a 117 acima). De maneira análoga, a Resolução WHA69.22, sobre as estratégias mundiais do setor de saúde para o HIV, a hepatite viral e as infecções sexualmente transmissíveis para o período 2016–2021, havia sido considerada na elaboração do plano de ação regional proposto com respeito a esse tema (ver os parágrafos 138 a 149 acima).

377. No debate que se seguiu, vários delegados sugeriram que, antes do Conselho Diretor, deveria ser organizada uma reunião, seja virtual ou presencial, para considerar a Estrutura para o Envolvimento com Agentes não Estatais (ver os parágrafos 264 a 277 acima), para que as delegações estejam mais bem preparadas para as discussões no Conselho. Além disso, sugeriu-se que também seria benéfico debater antes do Conselho Diretor os temas do acesso aos medicamentos e tecnologias em saúde e da implementação do Regulamento Sanitário Internacional. Ademais, sugeriu-se também que, se várias reuniões presenciais tivessem de ser realizadas, elas deveriam ser marcadas para datas muito próximas, para que as viagens fossem mais eficientes.

378. A Diretora concordou que discutir com antecedência os temas principais poderia facilitar as deliberações do Conselho Diretor. Contudo, acrescentou que, se as reuniões sobre esses três temas fossem realizadas em Washington, era provável que apenas pudesse participar cerca da metade dos Estados Membros de Organização. A Repartição não dispunha de recursos para cobrir os gastos da viagem, nem mesmo para os países prioritários. Uma solução poderia ser organizar reuniões presenciais mas oferecer a oportunidade de participar a distância, mediante uma plataforma com conexão à Internet.

379. Manifestou-se apoio a essa ideia e assinalou-se que a discussão sobre a FENSA deveria ser relativamente curta, pois a reunião não reabriria o conteúdo da Estrutura, mas tão somente examinaria a sua forma de aplicação na Região.

B. Organizações sub-regionais

380. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Coordenação de Países e Sub-regiões, RSPA) descreveu diversas resoluções e acordos sobre os assuntos relacionados com a saúde adotados pelas entidades de integração sub-regional na América Central, Caribe e América do Sul. Informou que o Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) havia discutido o plano de saúde para a América Central e

República Dominicana 2016–2020 e se comprometeu a incluir um enfoque de determinantes sociais da saúde em todas as políticas do Sistema de Integração Centro-Americana. Um plano de ação sub-regional para a prevenção e controle do vírus Zika na América Central e República Dominicana também havia sido aprovado. Na reunião de outubro de 2015 do setor de saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD), os participantes haviam concordado, entre outras coisas, em mapear as capacidades para abordar o Protocolo da OMS para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco, participar das reuniões da OMS sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional e fortalecer a capacidade técnica do pessoal para monitorar o uso de pesticidas.

381. Na sub-região do Caribe, o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social (COHSOD) da Comunidade do Caribe (CARICOM) havia discutido uma avaliação da Cooperação para a Saúde no Caribe III (CCH III) e o desenvolvimento do novo CCH IV. O COHSOD também havia discutido as atividades em andamento no que se refere à cobertura universal de saúde e à eliminação da transmissão materno–fetal do HIV/AIDS, estratégias para aumentar a cobertura da vacinação e introduzir novas vacinas, o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde e o Sistema Regulador do Caribe para medicamentos e tecnologias em saúde. Os chefes de governo da CARICOM haviam se reunido para acordar as medidas que os Estados Membros tomariam contra o vírus Zika.

382. Na América do Sul, a Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina (REMSAA) havia discutido um plano andino para a saúde nas zonas de fronteira. Também havia discutido a compra de medicamentos por intermédio do Fundo Estratégico da OPAS. A REMSAA havia chegado a um acordo quanto a uma resolução sobre a eliminação da raiva transmitida pelos cães e a outra resolução sobre a segurança do sangue. Além disso, havia discutido o gerenciamento dos riscos de desastres, inclusive as necessidades das pessoas com incapacidades, e havia concordado em formular um plano sobre a saúde materna com um enfoque intercultural.

383. Em uma reunião extraordinária em fevereiro de 2016, os ministros da saúde do MERCOSUL publicaram uma declaração sobre a importância de fortalecer o controle dos vetores no contexto do surto da doença causada pelo vírus Zika. A UNASUL havia firmado um convênio com a OPAS para ampliar o acesso aos medicamentos de alto custo por intermédio do Fundo Estratégico. Um memorando de entendimento entre a OPAS e a UNASUL sobre o reforço da cooperação estava em vias de receber a aprovação formal. Em uma reunião realizada em junho de 2015, os vice-ministros da saúde da Aliança do Pacífico definiram seu programa de ação no campo da saúde e, posteriormente, solicitaram apoio técnico de diversas organizações multilaterais, inclusive da OPAS.

384. A Repartição estava em vias de estabelecer novas estruturas sub-regionais para a América Central e do Sul. Isso fortaleceria sua capacidade para apoiar os mecanismos sub-regionais de integração, entre os quais se observava um interesse crescente nos assuntos relacionados à saúde. Esses novos escritórios sub-regionais, que estariam localizados em San Salvador e Lima, passariam a operar no fim de 2016.

385. O Comitê Executivo agradeceu as informações prestadas. Elogiou-se o trabalho da Repartição ao ajudar as organizações sub-regionais a celebrar acordos significativos sobre

temas relacionados à saúde, bem como seu apoio na tomada de decisões sobre as medidas para combater o surto do vírus Zika.

386. O Comitê Executivo tomou nota dos relatórios.

Encerramento da sessão

387. Após a troca habitual de cortesias, a Presidente deu por encerrada a 158ª Sessão do Subcomitê.

Resoluções e decisões

388. As resoluções e decisões aprovadas pelo Comitê Executivo na sua 158ª sessão são as seguintes:

Resoluções

CE158.R1: Arrecadação das contribuições fixas

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas (documentos CE158/23 e Add. I);

Observando que nenhum Estado Membro está com atraso no pagamento das suas contribuições fixas de forma a estar sujeito à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que há 24 Estados Membros que não efetuaram os pagamentos das suas contribuições fixas de 2016,

RESOLVE:

1. Tomar nota do *Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas* (documentos CE158/23 e Add. I).
2. Agradecer aos Estados Membros seu compromisso no cumprimento com as suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer consideráveis esforços para efetuar o pagamento das suas contribuições.
3. Elogiar os Estados Membros que já efetuaram os pagamentos referentes a 2016 e instar os demais Estados Membros a quitarem o pagamento das suas contribuições pendentes o quanto antes.
4. Solicitar que a Diretora continue a informar os Estados Membros de qualquer saldo devido e a comunicar ao Conselho Diretor a situação da arrecadação das contribuições fixas.

(Primeira reunião, 20 de junho de 2016)

CE158.R2: Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* (documento CE158/21), que inclui o relatório final do *Plano de ação para hospitais seguros* para o período 2010–2015,

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA A REDUÇÃO DO RISCO DE DESASTRES 2016-2021

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* (documento CD55/___), que inclui o relatório final do *Plano de ação para hospitais seguros para o período 2010–2015*;

Levando em consideração o progresso na implementação das resoluções *Capacidade de Preparação e Resposta a Desastres* (resolução CD45.R8), de 2004; *Uma iniciativa regional para instalações de saúde resistentes a desastres* (resolução CSP27.R14), de 2007, e *Plano de ação para hospitais seguros* (resolução CD50.R15), de 2010;

Observando que a implementação do *Plano de ação para hospitais seguros* (documento CD50/10) no período 2010–2015 demonstrou progresso e desafios que contribuíram para a adoção de programas e políticas nacionais de hospitais seguros, a implementação de atividades para que todos os hospitais novos sejam construídos com um maior nível de proteção e a implementação de medidas para enfrentar a mudança climática em termos de adaptação e mitigação face a desastres para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes;

Lembrando que a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o Acordo de Paris sobre a mudança climática, a Agenda para a Humanidade e o Quadro de Ação de Sendai para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030 ratificam que a saúde da população é prioridade na redução do risco de desastres e que, portanto, deve ser dada atenção especial à capacidade de resposta face a fenômenos naturais, eventos decorrentes da atividade humana, como os de natureza ambiental, biológica e radiológica, e ênfase ao acesso aos serviços de atenção médica subsequente aos desastres, ao atendimento das necessidades dos grupos de atenção prioritária, à perspectiva de pessoas com deficiência, grupos étnico e de gênero e à atenção de saúde mental;

Levando em consideração as conclusões da Reunião Regional de Coordenadores de Desastres em Saúde em Manágua (Nicarágua) em outubro de 2015, na qual 29 países e territórios da Região identificaram os progressos na redução do risco de desastres e priorizaram a intervenção com relação às lacunas existentes;

Consciente da importância de dispor de um plano de ação que possibilite aos Estados Membros da Organização implementar ações para melhorar a proteção da saúde da população face a emergências e desastres,

RESOLVE:

1. Aprovar e implementar o *Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021* (documento CD55/__).
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) reforçar os programas de resposta a emergências e desastres em saúde;
 - b) incorporar a gestão do risco de desastres em saúde nas políticas, planos e orçamentos nacionais, e promover a integração da saúde nos planos e nas estratégias nacionais de redução do risco de desastres;
 - c) incentivar iniciativas em parceria com a comunidade científica e tecnológica e o meio acadêmico, entre outros, para pesquisar, divulgar e partilhar boas práticas de gestão do risco de desastres em saúde, bem como incorporá-las na formação de recursos humanos;
 - d) continuar implementando a Iniciativa hospitais seguros e incorporar os critérios de mitigação das consequências dos desastres e adaptação à mudança climática nas políticas, planejamento, projeto, edificação, funcionamento e credenciamento dos estabelecimentos de saúde;
 - e) fortalecer ao nível nacional o desenvolvimento e a atualização do conhecimento e dos procedimentos das equipes de resposta a emergências e desastres;
 - f) estimular o estabelecimento de reservas estratégicas e a adequada gestão das provisões críticas para preparação, resposta e recuperação precoce.
3. Solicitar à Diretora a:
 - a) colaborar com os Estados Membros na coordenação e implementação do Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021 aos níveis nacional, sub-regional e regional;
 - b) apoiar o desenvolvimento de metodologias, guias técnicos e sistemas de informação para facilitar a avaliação do risco de desastres;
 - c) fomentar o fortalecimento de alianças com organismos especializados a fim de mobilizar recursos humanos e financeiros e a tecnologia necessária para melhorar a gestão do risco de desastres;

- d) informar aos Órgãos Diretivos sobre os progressos e as limitações na implementação do presente plano de ação ao final de cada biênio e elaborar uma avaliação final no último ano de vigência.

(Primeira reunião, 20 de junho de 2016)

CE158.R3: Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de *Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses* (documento CE158/20, Rev. 1),

RESOLVE:

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

ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO E CONTROLE DAS ARBOVIROSES

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Estratégia para a prevenção e controle das arboviroses* (documento CD55/__);

Considerando que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”;

Considerando os fatores ambientais, sociais e biológicos que favoreceram a emergência e reemergência de diferentes patógenos em âmbito mundial;

Reconhecendo as dificuldades que têm impedido o controle adequado dos mosquitos, o que tem ocasionado o aparecimento e rápida disseminação de vírus transmitidos por vetores artrópodes (arbovírus) na Região das Américas;

Consciente do impacto social e do ônus econômico gerado como consequência dos surtos e epidemias de arboviroses;

Profundamente preocupado com as possíveis manifestações graves e sequelas crônicas das novas doenças virais na Região;

Lembrando a resolução CD44.R9 de 2003, que adotou um novo modelo para a prevenção e controle da dengue mediante a Estratégia de gestão integrada para a prevenção e controle da dengue (EGI-Dengue);

Reconhecendo que o contexto epidemiológico atual requer uma estratégia que aborde de maneira integral as arboviroses,

RESOLVE:

1. Adotar a *Estratégia para a prevenção e do controle das arboviroses* (documento CD55/___), no contexto das condições particulares de cada país.
2. Instar aos Estados Membros, que, levando em consideração as responsabilidades conjuntas dos Estados federados e de acordo com suas necessidades e prioridades:
 - a) fortaleçam os sistemas de vigilância para a detecção precoce dos arbovírus emergentes e reemergentes, bem como os sistemas de monitoramento de surtos e epidemias;
 - b) elaborem uma estratégia dirigida ao controle integrado das arboviroses (EGI-Arbovírus), a qual leve em conta os componentes críticos da estratégia de gestão integrada para a prevenção e controle da dengue e incorpore novas ferramentas para vigilância dos arbovírus nos vetores e uma abordagem à prevenção que priorize as populações de alto risco;
 - c) fortaleçam os laboratórios de saúde pública de âmbito nacional para garantir a oportunidade e qualidade dos processos de detecção, diagnóstico e vigilância laboratorial das arboviroses;
 - d) fortaleçam a Rede de Laboratórios de Diagnóstico de Arbovírus nas Américas (RELDA), mediante estabelecimento de acordos entre laboratórios e canais eficazes para o intercâmbio de material e produção científica;
 - e) priorizem e mobilizem os recursos necessários para a implementação da estratégia e cada um de seus componentes.
3. Solicitar à Diretora que:

- a) apoie a implementação desta estratégia para manter e fortalecer a colaboração entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e os países e territórios para abordar as arboviroses;
- b) continue fortalecendo as atividades da OPAS e da OMS dirigidas a produzir evidências científicas sobre a magnitude, tendências, consequências para a saúde e fatores de risco e proteção das doenças emergentes e reemergentes, novas e endêmicas, na Região;
- c) continue apoiando os países e territórios, a pedido destes, prestando assistência técnica para fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde em abordar de maneira articulada a vigilância das arboviroses;
- d) facilite a cooperação da OPAS com os comitês, órgãos e relatorias de direitos humanos do sistema das Nações Unidas e do sistema interamericano a fim de garantir a implementação da estratégia nos países e territórios da Região;
- e) priorize a vigilância e o controle das arboviroses e considere a possibilidade de alocar os recursos necessários para a implementação da estratégia.

(Segunda reunião, 20 de junho de 2016)

CE158.R4: Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020,

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo examinado o proposto *Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020* (Documento CE158/17, Rev. 1),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA MALÁRIA 2016-2020

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020* (Documento CD55/__), que propõe a implementação de esforços para acelerar a eliminação da malária, prevenir a reintrodução e alcançar as metas propostas para 2019 do Plano Estratégico da OPAS 2014–2019;

Reconhecendo o progresso importante obtido ao reduzir a carga de morbidade da malária na Região durante a implementação da *Estratégia e Plano de Ação para a Malária nas Américas 2011-2015* (Resolução CD51.R9), como refletido no alcance das metas

relacionadas à malária estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio por meio de esforços concertados por parte dos Estados Membros e parceiros;

Consciente de que apesar desses avanços, a malária continua sendo uma séria ameaça à saúde, bem-estar e economia dos povos e nações nas Américas e ressurgiu historicamente em áreas onde houve o enfraquecimento do compromisso e dos esforços de combate à doença;

Consciente de que os esforços de eliminação da malária requerem a firme coordenação entre todos os parceiros e interessados diretos, análise e atualização das políticas da malária e estruturas estratégicas para acelerar esforços para a eliminação da malária, vigilância sustentada e fortalecida em todos os níveis do sistema de saúde, compromisso sustentado dos interessados diretos e enfoques adaptados às particularidades contextuais e preparação para a etapa final e mais adiante;

Considerando que a Resolução WHA68.2 da Assembleia Mundial da Saúde, que adota a estratégia técnica global e metas para a malária para o período 2016–2030, tem uma visão ousada de um mundo livre da malária e visa reduzir as taxas de incidência e mortalidade da malária em escala mundial em pelo menos 90% até 2030, eliminar a doença em pelo menos 35 novos países e prevenir o restabelecimento nos países que estavam livres da malária em 2015;

Reconhecendo que este Plano de ação é a plataforma para a implementação da estratégia global,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020* (Documento CD55/___).
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração os próprios contextos, necessidades, vulnerabilidades e prioridades, a:
 - a) reafirmar a importância continuada da malária como prioridade de saúde;
 - b) examinar e atualizar os planos nacionais ou estabelecer novos planos para a eliminação da malária, investindo recursos apropriados e empregando enfoques adaptados que contemplem os determinantes sociais da saúde e proporcionam colaboração interprogramática e ação intersetorial;
 - c) reforçar a participação nos esforços para o combate à malária, inclusive coordenação com outros países e iniciativas sub-regionais de interesse em vigilância epidemiológica da malária, gestão da cadeia de provisão, vigilância da resistência aos antimaláricos e inseticidas e monitoramento e avaliação;
 - d) garantir a disponibilidade das provisões essenciais da malária incluindo antimaláricos com planejamento e projeção eficazes das necessidades e utilizando,

- conforme o caso, o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da OPAS para compras conjuntas;
- e) fortalecer os serviços de saúde e alinhá-los de acordo com as diretrizes com base científica da OPAS/OMS e recomendações para a prevenção da malária e o manejo de casos;
 - f) manter o compromisso tanto dos países com malária endêmica quanto dos países sem malária endêmica e dos diversos setores de combater a doença, em particular em termos de manter ou aumentar os investimentos e a provisão dos recursos necessários;
 - g) estabelecer estratégias integradas e desenvolver capacidades para eliminar a malária e prevenir o restabelecimento da transmissão com ampla participação da comunidade para que o processo ajude a fortalecer e sustentar os sistemas nacionais de saúde, vigilância, sistemas de alerta e de resposta e outros programas de eliminação da doença, com atenção aos fatores relacionados ao gênero, grupo étnico e equidade social;
 - h) redobrar os esforços concentrando-se nas populações e grupos ocupacionais altamente suscetíveis e vulneráveis;
 - i) apoiar a participação no desenvolvimento e implementação de uma agenda de pesquisas que contemple o conhecimento importante e lacunas operacionais e de tecnologia na eliminação da malária e diversos contextos do trabalho da malária na Região.
3. Solicitar à Diretora a:
- a) apoiar a implementação do Plano de ação para a eliminação da malária e prestar cooperação técnica, incluindo os esforços de capacitação necessários para que os países possam elaborar e implementar planos de ação nacionais;
 - b) coordenar os esforços ao nível regional para eliminar a transmissão local da malária e prevenir o seu potencial restabelecimento em áreas livres da malária, em colaboração com os países e parceiros;
 - c) dar assessoria na implementação dos planos estratégicos nacionais para o controle da malária;
 - d) seguir defendendo a captação ativa de recursos entre países, assim como em escala mundial, e incentivar a estreita colaboração para forjar parcerias estratégicas que apoiem a implementação dos esforços nacionais e transnacionais, inclusive os esforços voltados às populações vulneráveis e de difícil acesso;
 - e) empregar enfoques adaptados contemplando os determinantes sociais da saúde e proporcionando colaboração interprogramática e ação intersetorial;
 - f) informar os Órgãos Diretivos sobre o progresso na implementação do Plano de ação e o alcance das respectivas metas no período intermediário e ao fim do período de implementação.

(Segunda reunião, 20 de junho de 2016)

CE158.R5: Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que o 49º Conselho Diretor, por meio da Resolução CD49.R2 (2009), estabeleceu o Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para funcionar como órgão de assessoria especializada independente da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e dos Estados Membros da OPAS;

Guiado pelos Termos de Referência do Comitê de Auditoria, que estabelecem o processo a ser seguido na avaliação e indicação pelo Comitê Executivo dos membros do Comitê da Auditoria da OPAS;

Observando que os Termos de Referência deste Comitê estipulam que os membros servirão no máximo dois mandatos completos de três anos cada;

Considerando que existirá uma vaga no Comitê de Auditoria da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer à Diretora da RSPA e ao Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração o trabalho criterioso para identificar e indicar candidatos altamente capacitados a fazer parte do Comitê da Auditoria da OPAS.
2. Agradecer à Sra. Amalia Lo Faso os anos dedicados ao Comitê de Auditoria da OPAS.
3. Nomear o Sr. Claus Andreasen para servir como membro do Comitê da Auditoria da OPAS com um mandato de três anos, de junho de 2016 a junho de 2019.

(Terceira reunião, 21 de junho de 2016)

CE158.R6: Plano de Ação para a Prevenção e controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação para a Prevenção e controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021* (Documento CE158/18, Rev. 1),

RESOLVE:

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

PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DO HIV E DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS 2016-2021

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Prevenção e controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021* (Documento CD55/___);

Considerando que o Plano está alinhado com as Estratégias Globais do Setor de Saúde (GHSS) para HIV e IST da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2016-2021, com a Estratégia Global do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS) para 2016-2021 e com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3,¹ e fornece uma meta clara a longo prazo para por fim às epidemias de AIDS e IST enquanto problemas de saúde pública nas Américas até 2030;

Referindo-se à resolução proposta na Assembleia Mundial da Saúde de 2016 apoiando os planos e estratégias para atingir a meta acima no âmbito global;

Ciente do impacto dessas epidemias nas Américas, principalmente entre populações-chave e outras populações prioritárias em situação de vulnerabilidade;

Reconhecendo a necessidade de reduzir e eliminar os flagelos da estigmatização, discriminação e violação dos direitos humanos dessas populações-chave e das pessoas vivendo com HIV;

Reafirmando que o Plano proporciona continuidade e alavanca os avanços obtidos através do Plano Estratégico Regional para HIV/AIDS e DST (2006-2015) e da Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-Infantil de HIV e Sífilis Congênita (2010-2015);

Consciente do efeito sinérgico da implementação deste Plano com outros planos e estratégias da OPAS aprovados pelos Órgãos Diretores;

Considerando que o Plano reflete as prioridades e o compromisso dos Estados Membros, da sociedade civil e dos organismos multilaterais e bilaterais de por fim às epidemias de AIDS e IST enquanto problemas de saúde pública nas Américas até 2030,

¹ Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Resolução A/RES/70/1 adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015).

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção e Controle do HIV e de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016-2021* (Documento CD55/___).
2. Instar aos Estados Membros, conforme apropriado e levando em consideração seus contextos, necessidades e prioridades, que:
 - a) continuem priorizando a prevenção e o controle do HIV e das IST nas agendas nacionais dos setores de saúde pública e social;
 - b) fortaleçam a gestão e governança da resposta ao HIV e às IST, com a participação ativa da sociedade civil, de modo a assegurar intervenções eficazes, coordenadas, interprogramáticas e multissetoriais;
 - c) formulem, examinem e alinhem estratégias e planos nacionais para HIV/IST, inclusive estabelecendo metas e objetivos nacionais para 2020 e 2030, de acordo com as estratégias, planos e metas globais e regionais, e emitam informes regulares sobre seu progresso;
 - d) fortaleçam os sistemas estratégicos de informação para descrever a epidemia de HIV/IST e o processo contínuo de serviços para HIV/IST, com maior desagregação dos dados em âmbito subnacional, por gênero, e para outras análises de equidade;
 - e) elaborar normas e diretrizes de acordo com as mais recentes recomendações da OMS e evidências científicas, e reexaminá-las regularmente;
 - f) implementar intervenções de grande impacto ao longo do processo contínuo de promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento do HIV e das IST, adaptadas às necessidades das populações-chave e outras populações em situação de vulnerabilidade e com base nas características locais da epidemia, com ênfase na abordagem integrada às infecções oportunistas, outras coinfeções e comorbidades;
 - g) deem seguimento a ações já implantadas para prevenir a transmissão materno-infantil do HIV e a sífilis congênita, com atenção especial ao diagnóstico e tratamento da sífilis materna e à segunda fase da estratégia de eliminação, que inclui a eliminação da transmissão materno-infantil de outras infecções relevantes à saúde pública, como hepatite B e doença de Chagas em zonas endêmicas;
 - h) elaborar e implementar planos e estratégias para a prevenção e controle da resistência aos antimicrobianos, com ênfase na resistência gonocócica e na resistência aos medicamentos antirretrovirais, e fortalecer a capacidade laboratorial nacional para monitorar tal resistência;
 - i) adaptar a prestação dos serviços de HIV/IST com abordagens centradas na pessoa e na comunidade, através das equipes multidisciplinares (inclusive com agentes leigos treinados) e de uma rede integrada de serviços de saúde que aumente a resolutividade da atenção básica, para atender as necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com HIV, das populações-chave e de outras populações

- em situação de vulnerabilidade, com base na epidemia local, de maneira apropriada do ponto de vista cultural, linguístico e etário, para alcançar a equidade, maximizar o impacto, assegurar a qualidade e eliminar o estigma e a discriminação;
- j) melhorar a integração dos serviços de HIV/IST para que abordem adequadamente a saúde materno-infantil, a saúde sexual e reprodutiva, as coinfeções do HIV (principalmente TB-HIV) e as comorbidades, inclusive com intervenções específicas para redução de danos nos usuários de substâncias psicoativas e álcool e identificação e tratamento oportuno dos transtornos mentais;
 - k) fortalecer a capacidade laboratorial para triagem e diagnóstico do HIV, das IST, das infecções oportunistas e de outras coinfeções, assim como para o monitoramento clínico, com base nas mais recentes recomendações da OMS, priorizando o uso de meios de diagnóstico qualificados pela OMS e incorporando práticas de garantia da qualidade;
 - l) assegurar o suprimento ininterrupto de vacinas, medicamentos, meios de diagnóstico, preservativos e outros insumos estratégicos relacionados ao HIV e às IST e infecções oportunistas, acessíveis e com qualidade garantida, mediante fortalecimento das estruturas e processos de gestão da cadeia de suprimento, inclusive as funções de projeção, compras, armazenamento e distribuição;
 - m) fortalecer a capacidade técnica e as competências da força de trabalho de saúde nacional e abordar e eliminar a estigmatização, a discriminação e outras formas de violação dos direitos humanos no setor da saúde;
 - n) autonomizar, capacitar e permitir à sociedade civil que participe efetivamente da prestação de serviços sustentáveis de promoção da saúde e prevenção, atenção e tratamento de HIV/IST;
 - o) aumentar e otimizar o financiamento público para a sustentabilidade da resposta ao HIV e às IST, com equidade e eficiência, e integrar as intervenções de prevenção, atenção e tratamento a serviços de saúde integrais, qualificados, universais e progressivamente ampliados segundo a necessidade da população, com um enfoque centrado na pessoa, observando que, na maioria dos casos, a destinação de 6% do PIB para o setor da saúde é um ponto de referência útil;
 - p) melhorar a eficiência nas compras de insumos estratégicos através de mecanismos regionais e sub-regionais para negociação de preço e compras, inclusive o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública (Fundo Estratégico).
3. Solicitar à Diretora que:
- a) apoiar a implantação deste Plano de Ação através de uma enfoque coordenado e interprogramático à cooperação técnica, de modo a abordar a integração da resposta a HIV/IST à estratégia de acesso universal a saúde e cobertura universal de saúde, e vinculando-o a outros planos e estratégias regionais;

- b) prestar apoio aos Estados Membros para a elaboração e análise de estratégias e planos nacionais para HIV/IST, inclusive no estabelecimento de metas e realização de análises programáticas para monitorar o progresso;
- c) prestar apoio técnico aos Estados Membros para que fortaleçam seus sistemas de informação e vigilância em HIV/IST e estratégias de monitoramento, e construam capacidade de gerar informação estratégica de qualidade sobre HIV/IST;
- d) prestar apoio técnico aos Estados Membros para a formulação e análise de políticas e normas e para a implementação de intervenções de alto impacto ao longo do processo de prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento de HIV/IST, com base nas mais recentes recomendações da OMS e assegurando qualidade e equidade;
- e) prestar apoio aos países para acelerar o progresso rumo à eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita, assim como outras infecções transmitidas desta maneira relevantes para a saúde pública, como a hepatite B e a doença de Chagas nas zonas onde são endêmicas, e coordenar o processo de validação de eliminação no âmbito regional;
- f) defender um contexto favorável que garanta o acesso à saúde para pessoas com o HIV, populações-chave e outros grupos em situação de vulnerabilidade, promovendo — conforme solicitado pelos Estados Membros — políticas, diretrizes e instrumentos de direitos humanos relacionados com a saúde que abordem a desigualdade de gênero, a violência de gênero, o estigma, a discriminação, e outras restrições aos direitos humanos;
- g) promover a causa da autonomização das pessoas e comunidades e sua participação significativa, eficaz e sustentável na prestação de cuidados;
- h) promover a causa da capacitação da força de trabalho nacional para que possa prestar atendimento de qualidade, centrado na pessoa, e sem estigma e discriminação em todos os serviços de saúde;
- i) defender o financiamento pleno da resposta ao HIV e às IST e a inclusão das intervenções de prevenção, atenção e tratamento de HIV/IST a serviços de saúde integrais, qualificados, universais e progressivamente ampliados conforme a necessidade e com um enfoque centrado na pessoa;
- j) prestar apoio aos Estados Membros através do Fundo Estratégico da OPAS para melhorar os processos de compra, gestão e distribuição de suprimentos, de modo a garantir o acesso ininterrupto a vacinas, medicamentos, meios de diagnóstico, preservativos e outros insumos relacionados a HIV/IST, com garantia de qualidade, acessíveis e alinhados com a pré-qualificação da OMS;
- k) apresentar uma análise intermediária aos Órgãos Diretores em 2018 e um relatório final em 2021.

(Quarta reunião, 21 de junho de 2016)

CE158.R7: Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o proposta de *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS* (Documento CE158/13);

Considerando a importância de se contar com uma metodologia robusta, integral e objetiva para orientar a captação e a alocação de recursos para a Organização, compatível com as melhores práticas de planejamento estratégico e abordagens científicas e com os valores e a visão estratégica da OPAS;

Reconhecendo o trabalho colaborativo da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) e do Grupo Assessor para o Plano Estratégico da OPAS (SPAG), inclusive o entusiasmo e o compromisso demonstrados pelo Grupo ao atender ao mandato que lhe foi confiado pelo 53º Conselho Diretor (Resolução CD53.R3 [2014]),

RESOLVE:

Recomendar que o 55º Conselho Diretor aprove uma resolução com os seguintes termos:

METODOLOGIA PARA A ESTRUTURA DE ESTRATIFICAÇÃO DAS PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS DO PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS* (Documento CD55/__);

Considerando a importância de se ter uma metodologia robusta, objetiva e sistemática para implementar a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS;

Recordando a solicitação do 53º Conselho Diretor em 2014 (Resolução CD53.R3) para que a Diretora continuasse “a consultar os Estados membros para aperfeiçoar o marco de estratificação das prioridades programáticas e aplicá-lo aos programas e orçamentos futuros”, de modo a atender a pontos fracos, inclusive a possível tendência da metodologia original de atribuir mais peso — e, portanto, hierarquizações superiores — a programas voltados para doenças e o fato de que a metodologia não levou em consideração as mudanças no paradigma regional e mundial de saúde pública;

Reconhecendo a valiosa contribuição, a colaboração e o compromisso do Grupo Assessor¹ para o Plano Estratégico, o qual prestou assessoria à RSPA na realização de extensas análises de diversas metodologias de estabelecimento de prioridades de modo a aprimorar o método de Hanlon adaptado à OPAS;

Reconhecendo a função que o estabelecimento de prioridades objetivo e sistemático pode ter no processo de planejamento estratégico e de tomada de decisão, principalmente no contexto de múltiplas exigências e limitação de recursos;

Reconhecendo a importância de se ter uma metodologia científica compatível com o contexto, os valores e a visão estratégica da Organização, incluindo a incorporação de novos componentes, como a equidade e o fator de posicionamento institucional da OPAS (o valor agregado da Organização), os quais são únicos ao método de Hanlon adaptado à OPAS,

RESOLVE:

1. Aprovar a *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS*.
2. Promover o conhecimento do método de Hanlon adaptado à OPAS como uma ferramenta útil para o estabelecimento de prioridades em saúde pública na Região e no mundo.
3. Instar os Estados Membros, conforme o caso e levando em consideração o contexto nacional, a:
 - a) participar ativamente de consultas nacionais e aplicar a metodologia de uma maneira objetiva e sistemática, como parte do processo de elaboração do Programa e Orçamento 2018-2019;
 - b) considerar a adoção, a adaptação e a utilização dessa metodologia no âmbito nacional, na medida em que seja apropriada e relevante, de modo a informar melhor o estabelecimento de prioridades, desse modo orientando a alocação de recursos limitados onde possam ter o maior impacto na saúde pública.
4. Solicitar à Diretora que:
 - a) aplique a metodologia para a elaboração e a implementação do Programa e Orçamento 2018-2019 em estreita colaboração com os Estados Membros e parceiros;

¹ A pedido dos Estados Membros, a Diretora criou o SPAG, em outubro de 2014, para oferecer assessoria e contribuições a respeito da implementação do processo conjunto de monitoramento e avaliação e do aperfeiçoamento da estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Resolução CD53.R3). Fazem parte do grupo 12 membros indicados pelos Ministérios da Saúde das Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Jamaica, México, Paraguai, Peru e Estados Unidos de América. O grupo é presidido pelo México e copresidido pelo Equador. O Canadá lidera o aspecto técnico da análise da metodologia.

- b) apoie consultas nacionais em todos os países e territórios da Região, promovendo a aplicação uniforme da metodologia, de acordo com os componentes, critérios e diretrizes, a fim de obter mais clareza e precisão com relação às prioridades de saúde pública da Região;
- c) informe a respeito da aplicação da estratificação programática para a captação e alocação de recursos na avaliação final do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, a ser apresentado em 2020;
- d) apoie a publicação do método de Hanlon adaptado à OPAS, de modo a contribuir para o conhecimento científico regional e mundial referente ao estabelecimento de prioridades em saúde pública e a promover essa inovação e seus resultados como uma boa prática e um exemplo do trabalho colaborativo de RSPA e dos Estados Membros;
- e) consulte os Estados Membros a respeito das atualizações e dos aprimoramentos necessários à metodologia para planos estratégicos e programas e orçamentos futuros, levando em consideração as lições aprendidas e as experiências de biênios anteriores.

(Quinta reunião, 22 de junho de 2016)

CE158.R8: Plano de ação proposto para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o *Plano de ação proposto para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (Documento CE158/19),

RESOLVE:

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

***PLANO DE AÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DE DOENÇAS INFECCIOSAS
NEGLIGENCIADAS E AÇÕES PÓS-ELIMINAÇÃO 2016-2022***

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022* (Documento CD55/__);

Levando em conta que a Organização Mundial da Saúde (OMS) forneceu uma estrutura abrangente para abordar o desafio da prevenção, da eliminação e do controle de doenças tropicais negligenciadas no nível global;

Considerando a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 (2007), o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Documento Oficial 345 [2014]), o Relatório da 16ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA 16) (Documento CD52/INF/3 [2013]), o Plano de Ação para a Saúde em Todas as políticas (resolução CD53.R2 [2014], a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (resolução CD53.R14 [2014]) e o documento conceitual sobre Saúde e Direitos Humanos (resolução CD50.R8 [2010]);

Reconhecendo o impacto das doenças infecciosas negligenciadas sobre morbidade, mortalidade, incapacidade e estigma na Região das Américas, principalmente entre as populações de alto risco e grupos em situações de vulnerabilidade;

Reconhecendo que as doenças infecciosas negligenciadas tanto refletem como acentuam as iniquidades na cobertura dos serviços de saúde ao afetar populações economicamente marginalizadas da sociedade;

Reconhecendo que medidas de prevenção e tratamento das doenças infecciosas negligenciadas executadas na infância e entre mulheres em idade reprodutiva na Região podem proteger esses grupos vulneráveis de doença agudas e crônicas e de mortes prematuras, além de reduzir o risco de incapacidade e de estigmatização;

Reconhecendo que algumas doenças infecciosas negligenciadas são também um risco para trabalhadores periurbanos, rurais e agrícolas na Região e que são um obstáculo ao desenvolvimento econômico dos indivíduos, das famílias e das comunidades em risco;

Reconhecendo que, na Região, há evidências de que várias doenças infecciosas negligenciadas prioritárias tiveram a transmissão eliminada e interrompida, e que outras doenças infecciosas negligenciadas foram eliminadas da lista de problemas de saúde pública;

Reconhecendo que alguns países que eliminaram as doenças infecciosas negligenciadas executaram medidas de monitoramento/vigilância para a fase de pós-eliminação, visando prevenir a reintrodução, ou recrudescência, e consolidar a sustentabilidade;

Levando em conta que é possível prevenir, eliminar, ampliar o controle e o monitoramento/a vigilância pós-eliminação das doenças infecciosas negligenciadas em todos os países e territórios da Região num futuro próximo,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações de pós-eliminação 2016-2022* (Documento CD55/___).
2. Instar todos os Estados Membros, levando em consideração a situação epidemiológica, o contexto e as prioridades nacionais de cada um, a:

- a) priorizar as doenças infecciosas negligenciadas e a eliminação dessas como uma importante prioridade de saúde pública, promovendo uma resposta ampla e integrada com base nas recomendações da OPAS/OMS e definindo metas específicas para enfrentar os desafios associados a essas doenças com o objetivo de eliminar o maior número dessas, o quanto possível, até 2022 ou antes;
- b) fomentar alianças, iniciativas, sinergias e atividades interprogramáticas dentro e fora do sistema de saúde, envolvendo todos os parceiros e interessados diretos relevantes, inclusive a sociedade civil, no trabalho de prevenção, eliminação, controle e vigilância pós-eliminação de doenças infecciosas negligenciadas;
- c) promover, em todos os países, mecanismos para assegurar a profissionalização e a estabilidade do pessoal técnico bem como a continuidade política das estratégias programáticas;
- d) estabelecer estratégias específicas para integrar a vigilância e o manejo dos vetores das doenças infecciosas negligenciadas e para fortalecer a prevenção de zoonoses negligenciadas específicas por meio de um enfoque de saúde pública veterinária/*One Health* (em português, Uma saúde), inclusive com a colaboração das áreas de saúde e produção animal, bem como por meio de intervenções de extensão e educacionais direcionadas às principais populações e grupos negligenciados vivendo em condições vulneráveis, com a participação das comunidades afetadas e dos principais interessados diretos;
- e) prestar apoio à promoção do tratamento, da reabilitação e dos serviços de suporte relacionados por meio de um enfoque centrado no manejo integrado da morbidade e da prevenção da incapacidade para indivíduos e famílias afetadas por doenças infecciosas negligenciadas que causam incapacidade e geram estigma;
- f) apoiar o desenvolvimento de políticas relacionadas com a saúde, de regulamentações, de normas e das capacidades de saúde no nível nacional voltadas para vigilância, triagem, diagnóstico, atenção e tratamento de doenças infecciosas negligenciadas tanto dentro como fora de estabelecimentos de assistência à saúde (segundo as orientações normativas com base científica desenvolvidas pela OPAS e OMS), e assegurar a execução, o monitoramento e a avaliação periódica dessas;
- g) promover a colaboração e coordenação, entre países, do monitoramento dos avanços no sentido de atingir metas de eliminação e monitoramento/vigilância na fase de pós-eliminação;
- h) assegurar a inclusão, nas listas e formulários nacionais de medicamentos essenciais, dos medicamentos, meios diagnóstico e equipamentos relacionados à eliminação de doenças infecciosas negligenciadas; negociar a agilização da importação de medicamentos junto às autoridades regulatórias, aduaneiras e tributárias, e promover o acesso a esses medicamentos por meio de processos de negociação de preços e de mecanismos compras, nacionais e regionais, como o Fundo Rotativo da OPAS para Insumos Estratégicos de Saúde Pública;

- i) fortalecer a capacidade de os países gerarem e difundirem informações estratégicas de maneira oportuna e com qualidade (e mapas) sobre doenças infecciosas negligenciadas, desagregados por idade, sexo e grupo étnico;
 - j) apoiar o desenvolvimento de estratégias integradas para fornecer água potável, saneamento básico e higiene, melhores condições de moradia, promoção da saúde e educação sanitária, controle de vetores e da saúde pública veterinária com base em enfoques intersetoriais, levando em consideração e abordando os determinantes sociais da saúde, para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas, e assumir uma função de liderança para vigorosamente defender tal acesso junto aos mais altos escalões de autoridade;
 - k) eliminar barreiras de gênero, geográficas, econômicas, socioculturais, legais e organizacionais que impedem o acesso equitativo e universal aos serviços integrais de saúde para pessoas afetadas por doenças infecciosas negligenciadas, de acordo com a Estratégia da OPAS para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde.
3. Solicitar ao Diretor que:
- a) estabeleça um Grupo Técnico Assessor sobre eliminação e interrupção da transmissão das doenças infecciosas negligenciadas entre seres humanos, que possa assessorar a RSPA e, através dela, os Estados Membros;
 - b) apoie a execução do Plano de Ação, principalmente no que se refere ao fortalecimento dos serviços para intensificar e inovar na vigilância de doenças e manejar os casos (vigilância, triagem, diagnóstico, atenção e tratamento) e a quimioterapia preventiva de doenças infecciosas negligenciadas como parte da ampliação da atenção primária de saúde e da cobertura universal de saúde na Região das Américas;
 - c) apoie os Estados Membros ao reforçar os sistemas nacionais e regionais de informação e vigilância de doenças infecciosas negligenciadas de modo a monitorar o progresso no controle e na eliminação e apoiar a tomada de decisões nos países segundo a sua situação epidemiológica de cada um;
 - d) forneça assistência técnica aos Estados Membros para que esses expandam as ações voltadas à eliminação das doenças infecciosas negligenciadas, ao fortalecimento do manejo integrado de vetores dessas doenças e também da prevenção de zoonoses negligenciadas específicas através de uma abordagem de saúde pública veterinária/Uma Saúde (*One Health*), de acordo com as prioridades nacionais;
 - e) apoie os Estados Membros no sentido de aumentar o acesso a medicamentos e a produtos primários para doenças infecciosas negligenciadas a custos acessíveis, por meio, inclusive, de processos de negociação de preços e outros mecanismos de compras sustentáveis ;
 - f) promova parcerias estratégicas, alianças e cooperação técnica entre países na Região para realizar as atividades incluídas neste Plano de Ação, tendo em vista a meta, dentro de um futuro previsível, de eliminação e interrupção da transmissão

- entre seres humanos de doenças infecciosas negligenciadas específicas nas Américas;
- g) apresente, em 2019, uma avaliação de médio-prazo e, em 2023, um relatório final de avaliação aos Órgãos Diretivos.

(Sexta reunião, 22 de junho de 2016)

CE158.R9: *Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde*

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o relatório sobre a *Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde* (Documento CE158/22),

RESOLVE:

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

**ANÁLISE DOS MANDATOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório sobre a *Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde* (Documento CD55/___), com relação ao estado das resoluções aprovadas pelo Conselho Diretor e pela Conferência Sanitária Pan-Americana, na qualidade de Comitê Regional da OMS para as Américas, durante os últimos 17 anos (1999–2015), bem como as recomendações para a supressão de resoluções e os requisitos para a prestação de informações;

Observando que várias resoluções têm um requisito flexível para a prestação de informações aos órgãos diretores,

RESOLVE:

1. Endossar as recomendações feitas na *Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde* (Documento CD55/___) para a supressão de resoluções e a prestação de informações, ou seja, estabelecer uma prática de prestação de informações com delimitação de prazos e suprimir as resoluções que tenham sido suplantadas em sua totalidade por resoluções posteriores ou cujos compromissos tenham sido considerados cumpridos.
2. Solicitar à Diretora que:

- a) continue a prática de definição dos requisitos para a prestação de informações a respeito da implementação das resoluções, com a determinação de um prazo de prestação de informações ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana;
- b) apresente, pelo menos a cada três anos, uma análise semelhante das resoluções, a fim de suprimir resoluções conforme seja apropriado.

(Sexta reunião, 22 de junho de 2016)

CE158.R10: Modificações ao Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as modificações ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pelo Diretor no Anexo A ao Documento CE158/31;

Levando em consideração a aprovação, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, da modificação da escala de salário base/mínimo para as categorias profissionais e superiores;

Tendo em mente as disposições do Artigo 020 do Regulamento do Pessoal e do Artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana;

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

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as modificações ao Regulamento do Pessoal feitas pelo Diretor, com vigência a partir de 1º de julho de 2016, a respeito da responsabilidade financeira, notificação e data de vigência da mudança de situação, licença anual, aprovação, notificação e registro da licença, e exame médico na separação do serviço (ver anexo).
2. Fixar o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2016, em \$175.034 antes das contribuições do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$136.024 (remuneração com dependente) ou \$123.080 (sem dependente).
3. Fixar o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2016, em \$176.463 antes das contribuições do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$137.024 (remuneração com dependente) ou \$124.080 (sem dependente).

4. Fixar o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2016, em \$194.136 antes das contribuições do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$149.395 (remuneração com dependente) ou \$134.449 (sem dependente).

Anexo

Anexo**PROPOSTA DE MODIFICAÇÃO AO REGULAMENTO DO PESSOAL
DA REPARTIÇÃO SANITÁRIA PAN-AMERICANA****130 Responsabilidade financeira**

Os funcionários exercerão cautela razoável em qualquer matéria que afete os interesses financeiros da Organização, bem como seus recursos materiais e humanos, bens e ativos.

580 Notificação e data de vigência da mudança de situação

...

580.2 O funcionário será notificado por escrito antes de qualquer redução de nível ou salário, sendo o prazo de notificação o mesmo especificado para a cessação de serviços no Artigo 1050.3 do Regulamento do Pessoal.

630 Licença anual

...

630.3 Todos os funcionários acumulam licença anual exceto:

...

630.3.3 àqueles há mais de 30 dias em licença médica coberta por seguro;

670 Aprovação, notificação e registro da licença

A concessão de licença de acordo com os Artigos 625, 630, 640, 650 e 655 do Regulamento do Pessoal está sujeita às exigências do serviço e deve ser aprovada com antecedência pelos funcionários autorizados. As circunstâncias pessoais do funcionário serão consideradas na medida do possível. É responsabilidade do funcionário assegurar que toda licença gozada seja prontamente notificada e registrada.

1085 Exame médico na separação do serviço

Antes da separação do serviço, pode ser requerido que o funcionário seja examinado pelo médico do pessoal ou por um médico designado pela Repartição. Se o funcionário não se submeter a esse exame médico dentro de um prazo razoável fixado pela Repartição, não serão consideradas queixas contra a Repartição referentes a doenças ou lesões supostamente ocorridas antes da data efetiva da separação do serviço; além disso, a data efetiva da separação não será afetada.

(Sétima reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R11: Saúde dos Migrantes

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de documento de política *Saúde dos Migrantes* (Documento CE158/16, Rev. 1),

RESOLVE:

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

SAÚDE DOS MIGRANTES

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento de política *Saúde dos Migrantes* (Documento CD55/__);

Reconhecendo que a migração humana é uma das prioridades mais desafiadoras da saúde pública mundial;

Levando em conta que a Declaração Universal dos Direitos Humanos e o direito internacional reconhecem o direito das pessoas de sair de qualquer país, inclusive de seu próprio, e que os direitos e as liberdades estabelecidas na Declaração, inclusive os direitos relacionados à saúde, se aplicam a todas as pessoas, inclusive aos migrantes, refugiados e outros estrangeiros;

Considerando a necessidade urgente de a maioria dos países fortalecer seus sistemas de saúde, inclusive da perspectiva do direito à saúde onde seja reconhecido nacionalmente, e promovendo o direito ao gozo do mais alto padrão atingível de saúde, com o objetivo fundamental de alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que a situação difícil dos migrantes ganhou reconhecimento, e que sua proeminência está refletida na agenda internacional, mais recentemente na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

Observando que por décadas os Estados Membros da OPAS priorizaram a saúde das populações migrantes e deslocadas, gerando acordos para respostas colaborativas, e reconhecendo que a OPAS aprovou várias resoluções que promovem a incorporação do respeito pelos direitos humanos e pela segurança humana nas políticas de saúde, planos, programas e leis relacionadas com a saúde dos países para fortalecer a resiliência dos membros das populações migrantes nas condições de mais elevada vulnerabilidade;

Observando que os Estados Membros da OPAS demonstraram uma maior apreciação pela formulação das políticas de saúde e programas para atender às iniquidades em saúde e melhorar o acesso aos serviços de saúde;

Reconhecendo que a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, adotada mediante a Resolução CD53.R14 (2014), constitui uma estrutura para a ação dos sistemas de saúde a fim de proteger a saúde e o bem-estar dos migrantes, e reconhecendo as contribuições das estratégias e dos mandatos anteriores da OPAS que lidam com essa questão e se alinham com outras estratégias e compromissos relacionados, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030,

RESOLVE:

1. Apoiar o documento de política *Saúde dos Migrantes* (Documento CD55/ ____).
2. Instar os Estados Membros, conforme o caso, a:
 - a) utilizar este documento de política em seus esforços por gerar políticas de saúde e programas para atender às iniquidades em saúde que afetam os migrantes e formular intervenções direcionadas para reduzir os riscos de saúde dos migrantes, mediante o fortalecimento de programas e serviços que sejam sensíveis a suas condições e necessidades;
 - b) liderar o trabalho de modificar ou melhorar quadros normativos e jurídicos, de modo a atender às necessidades específicas de saúde de indivíduos, famílias e grupos migrantes;
 - c) avançar no sentido de proporcionar aos migrantes o acesso ao mesmo nível de proteção financeira,¹ bem como a serviços de saúde integrais, de qualidade e progressivamente ampliados, de que gozam outras pessoas vivendo no mesmo local, independentemente de sua situação migratória ou jurídica.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) use o documento de política *Saúde dos Migrantes* para aumentar a defesa da causa e promover a captação de recursos nacionais para a elaboração de políticas e programas que sejam sensíveis às necessidades de saúde das populações migrantes;
 - b) desenvolva ações, recursos técnicos e ferramentas para apoiar a inclusão dos elementos de política propostos no âmbito do programa de trabalho da OPAS;
 - c) fortaleça a coordenação interinstitucional e os mecanismos de colaboração para obter sinergias e eficiência na cooperação técnica, inclusive no âmbito do sistema

¹ A proteção financeira, conforme se estabelece na Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (Documento CD53/5, Rev. 2 [2014]) é um meio de “[a]vançar rumo à eliminação do pagamento direto (...), que atua como barreira ao acesso no momento da prestação dos serviços, evitando o empobrecimento e a exposição a gastos catastróficos. Aumentar a proteção financeira diminuirá a iniquidade no acesso aos serviços de saúde”.

- das Nações Unidas e particularmente com a Organização Internacional para as Migrações, o Sistema Interamericano e outros interessados diretos que trabalham para melhorar a saúde e a proteção dos migrantes nos países de origem, trânsito e destino;
- d) facilite o intercâmbio de experiências entre os Estados Membros, gerando um repositório de informações sobre as experiências relevantes nos países da Região das Américas.

(Sétima reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R12: Sistemas de saúde resilientes

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o documento de política proposto *Sistemas de saúde resilientes* (Documento CE158/14),

RESOLVE:

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

SISTEMAS DE SAÚDE RESILIENTES

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento de política *Sistemas de saúde resilientes* (Documento CD55/__);

Tendo presente que a situação sanitária das Américas melhorou consideravelmente nas últimas décadas, que as políticas sociais orientadas à redução da pobreza e ao melhoramento da saúde e do bem-estar resultaram em melhoras significativas em expectativa de vida e desfechos de saúde, e que os sistemas nacionais de saúde estão mais inclusivos e responsivos;

Ciente de que as políticas que apoiam o desenvolvimento, o investimento sustentado em sistemas de saúde e a estabilidade socioeconômica contribuem direta e indiretamente para a melhor saúde e bem-estar, para a redução da pobreza, para a eliminação de iniquidades e para a resiliência dos sistemas de saúde;

Observando que os sistemas de saúde continuam altamente vulneráveis a riscos que repercutem significativamente na saúde local, nacional e global, enfraquecendo a capacidade de resposta dos sistemas de saúde e eliminando os ganhos em desfechos de saúde e desenvolvimento socioeconômico;

Profundamente preocupados com os surtos globais de doenças como Ebola, Chikungunya e zika, que destacaram importantes pontos fracos nas estruturas dos sistemas de saúde, principalmente relacionados aos sistemas de vigilância sanitária, resposta e informação, à implementação de estratégias para prevenção e controle de infecções, às competências e capacidades dos profissionais da saúde, ao financiamento e mobilização de recursos financeiros em saúde e à organização e prestação dos serviços de saúde;

Observando que os enfoques fragmentados à preparação em saúde pública, inclusive na aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), constituem um grande risco à saúde e bem-estar e ao desenvolvimento socioeconômico;

Recordando o Artigo 44 do RSI e o compromisso firmado pelos Estados Membros na 65ª Assembleia Mundial da Saúde (2012) para fortalecer ainda mais a colaboração ativa entre as partes, a OMS e outras organizações e parceiros relevantes, conforme apropriado, para assegurar a implementação do RSI (Resolução WHA65.23 [2012], Documento A68/22, Adendo I [2015] e Resolução WHA68.5 [2015]), inclusive constituindo e mantendo as capacidades centrais;

Reconhecendo que, embora os surtos de doenças e desastres causados pelos fenômenos naturais e pelo impacto da mudança climática representem riscos de alto nível e imediatos à saúde e bem-estar da população, outros riscos a mais longo prazo, tanto internos como externos — por exemplo, falta de desenvolvimento sustentado, instabilidade social, má gestão e capacidade nas funções essenciais da saúde pública, transições demográficas, migração e urbanização rápida, crises econômicas e o ônus e impacto crescentes das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco — afetam a sustentabilidade e responsividade dos sistemas de saúde e afetam os desfechos de saúde;

Observando que as recessões econômicas continuam sendo um dos principais riscos que afetam a responsividade, adaptabilidade e resiliência dos sistemas de saúde;

Ciente de que a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (2014), os valores de solidariedade e equidade e a necessidade urgente de fortalecimento dos sistemas de saúde na maioria dos países, inclusive pela perspectiva do direito à saúde (onde reconhecido nacionalmente) e do direito de gozar do melhor estado de saúde que seja possível atingir, formam os alicerces para o desenvolvimento sustentado dos sistemas de saúde nas Américas;

Reconhecendo que a resiliência é um atributo essencial de qualquer sistema de saúde bem-desenvolvido e com bom desempenho, mediante o qual os agentes de saúde, instituições e populações preparam-se e respondem efetivamente às crises, mantêm as funções essenciais quando uma crise ocorre e, baseando-se nas lições aprendidas, reorganizam-se caso as condições o exijam;

Tendo em mente que os sistemas de saúde resilientes são embasados em informação e evidência, responsivos, preditivos, complexos, adaptativos, robustos, integrados, participativos e centrados na pessoa e na comunidade;

Ciente de que os níveis crescentes de integração, migração, desastres e surtos de doenças em âmbito regional e global destacam a interdependência dos sistemas nacionais de saúde dentro da estrutura global de sistemas de saúde;

Recordando os marcos e acordos globais relevantes, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, o Acordo de Paris sobre Mudança Climática, o Marco de Sendai para Redução do Risco de Desastres e o Regulamento Sanitário Internacional, assim como os respectivos mandatos da OPAS, especialmente a Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde,

RESOLVE:

1. Apoiar a política *Sistemas de saúde resilientes* (Documento CD55/___).
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) apoiar o desenvolvimento de sistemas de saúde e sociedades resilientes, no marco dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
 - b) desenvolver a resiliência em seus sistemas de saúde mediante integração de ações nas áreas centrais de política (fortalecimento dos sistemas de saúde, determinantes sociais da saúde, redução de risco, vigilância em saúde pública e manejo de surtos de doenças), sempre no marco dos objetivos de desenvolvimento sustentável nacionais;
 - c) trabalhar de acordo com o contexto nacional para, gradualmente, desenvolver a resiliência em seus sistemas de saúde no marco da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde;
 - d) aumentar a capacidade de retaguarda (profissionais de saúde, financiamento, medicamentos e tecnologias em saúde) para escalar a resposta dos serviços de saúde em caso de ameaça aguda ou sustentada ao sistema e para apoiar e coordenar a resposta da rede de serviços de saúde às necessidades individuais e coletivas;
 - e) implementar um enfoque holístico e multissetorial ao RSI, inclusive com desenvolvimento, fortalecimento e manutenção das capacidades e funções exigidas pelo RSI, como parte do fortalecimento das funções essenciais da saúde pública, mediante inclusão do RSI nos processos nacionais de planejamento e formulação de políticas de saúde, nas ações legislativas e marcos regulatórios e em esforços para fortalecer a capacidade das instituições, redes e recursos humanos a responder aos surtos de interesse internacional; e trabalhar com outros parceiros para apoiar a implementação do RSI nos Estados Partes;
 - f) fortalecer os sistemas de informação em saúde que auxiliem na identificação e isolamento de riscos à saúde pública, possam detectar riscos iminentes de maneira oportuna e apoiem respostas corretamente dimensionadas e dirigidas, informando sobre a capacidade do sistema (por exemplo, prestação e utilização dos serviços de saúde, mapeamento de recursos humanos, disponibilidade de financiamento para a saúde, disponibilidade de medicamentos e tecnologias em saúde) e subsidiando a

- tomada de decisões relacionadas com a reorganização rápida dos sistemas e serviços de saúde;
- g) desenvolver estruturas multissetoriais e implementar ações multissetoriais centradas na gestão de risco e no fortalecimento da resiliência dos sistemas de saúde;
 - h) manter e aumentar o investimento em sistemas de saúde e ações para melhorar sua resiliência, conforme as orientações da Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde;
 - i) promover pesquisas sobre as características dos sistemas de saúde resilientes para gerar novas evidências sobre brechas existentes e vínculos com a resiliência dos sistemas.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) preste apoio aos países, no marco dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, para a formulação de planos e estratégias multissetoriais que apoiem a resiliência dos sistemas de saúde e a melhoria da saúde e do bem-estar;
 - b) promova, entre países e parceiros, a importância dos sistemas de saúde resilientes e suas características, assim como as ações integradas e de longo prazo necessárias para ampliar tais sistemas;
 - c) continue apoiando os países no fortalecimento de seus sistemas de saúde e desenvolvimento de planos nacionais rumo ao acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde;
 - d) apoie o desenvolvimento da capacidade de retaguarda dos sistemas de saúde (profissionais de saúde, recursos financeiros, medicamentos e tecnologias em saúde) para ampliar a resposta dos serviços de saúde em caso de ameaça aguda ou sustentada ao sistema;
 - e) apoie a resposta da rede de serviços de saúde às necessidades individuais e comunitárias;
 - f) promova um enfoque holístico na implementação do RSI mediante fortalecimento das funções essenciais da saúde pública, e continue prestando cooperação técnica aos países para avaliação da prontidão de seus sistemas de saúde em caso de surtos de interesse internacional;
 - g) preste apoio aos países para o desenvolvimento de sistemas de informação em saúde para melhorar a vigilância em saúde e monitorar a capacidade do sistema de detectar, prever, adaptar-se e responder;
 - h) intensifique a cooperação em matéria de prevenção de desastres e outros esforços de redução de riscos dentro dos sistemas de saúde, em avaliação de risco e em gestão de risco, contribuindo para a resiliência dos sistemas de saúde;
 - i) continue reforçando os esforços da OPAS para gerar evidência científica sobre os sistemas de saúde resilientes, promover pesquisas sobre sistemas de saúde e

- elaborar metodologias para a avaliação de desempenho de sistemas de saúde em situações de risco ou estresse;
- j) promova o fortalecimento de estratégias regionais de cooperação que incluam sistemas de informação, identificação de necessidades reais e mecanismos de apoio, a serem consideradas pelos Estados através de suas estruturas definidas internamente.

(Sétima reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R13: Prêmio OPAS em Administração (2016)

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo examinado o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS em Administração (2016)* (Documento CE158/5, Add. I);

Tendo presentes as disposições dos procedimentos e diretrizes para a concessão do Prêmio OPAS em Administração, conforme aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994) e pelo Comitê Executivo nas suas 124ª (1999), 135ª (2004), 140ª (2007) e 146ª (2010) sessões,

RESOLVE:

1. Parabenizar os candidatos ao Prêmio OPAS em Administração (2016) pelo seu excelente nível profissional e destacado trabalho em benefício de seu país e da Região.
2. Com base na recomendação do Júri, conceder o Prêmio OPAS em Administração (2016) ao Dr. Pastor Castell-Florit Serrate, de Cuba, por suas louváveis contribuições à saúde pública, demonstradas em sua liderança na gestão e administração do Sistema Nacional de Saúde de Cuba. O Dr. Castell-Florit Serrate é reconhecido por sua trajetória e suas contribuições à pesquisa e à docência da gestão administrativa dos sistemas de saúde, o que é corroborado pelos cargos que vem ocupando e o extenso número de publicações em revistas nacionais e internacionais.
3. Transmitir o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS em Administração (2016)* (Documento CE158/5, Add. I), ao 55º Conselho Diretor.

(Oitava reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R14: Prêmio OPAS em Administração - Modificações dos procedimentos

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de modificações dos procedimentos para outorgar o Prêmio OPAS em Administração (documento CE158/6, Rev. 2);

Considerando que em 2015 o Comitê Executivo, em sua 156ª sessão, aprovou a resolução CE156.R12, na qual solicitou que se revisassem os procedimentos gerais para a outorga deste prêmio, visando a aumentar sua importância e alentar os Estados Membros a que apresentem candidatos que tenham demonstrado excelência no âmbito de trabalho correspondente; e

Tendo em vista que, em conformidade com a resolução CE156.R12, a Repartição Sanitária Pan-Americana preparou modificações dos procedimentos que foram revisadas por um grupo de trabalho composto especialmente para este fim pelo Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração em sua 10ª sessão,

RESOLVE:

1. Aprovar a mudança de nome do prêmio para “Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde” e as modificações realizadas nos procedimentos para outorgar esse Prêmio que se encontram no anexo.
2. Transmitir os novos procedimentos para a adjudicação do “Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde” ao 55º Conselho Diretor.

Anexo

Anexo

Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde

1. Com o propósito de contribuir ao melhoramento da gestão dos sistemas e serviços de saúde e de reconhecer as contribuições e a liderança destacadas no desenho e execução de iniciativas favoráveis à gestão e ampliação de serviços de saúde integrais e de boa qualidade nos sistemas de saúde da Região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde está rebatizando o Prêmio OPAS em Administração como Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde. O prêmio será conferido anualmente por meio de um concurso e consistirá em um diploma e a quantia de \$5.000. Esta soma será modificada, se for necessário, pelo Comitê Executivo após recomendação do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.
2. O prêmio será adjudicado ao candidato que tenha contribuído significativamente em seu próprio país ou na Região das Américas para melhorar o desenvolvimento dos sistemas de saúde; a organização, a gestão e a administração dos serviços de saúde; a formulação de programas, projetos ou iniciativas com efeitos comprovados na cobertura e acesso da população aos serviços de saúde; a ampliação dos serviços de saúde para satisfazer as necessidades de toda a população, em particular dos que se encontram em situação de maior vulnerabilidade; a formulação de programas de qualidade e de segurança do paciente no âmbito nacional ou institucional; a organização e a gestão dos serviços de atenção primária no âmbito comunitário; a formação de redes integradas de serviços de saúde, em especial de serviços hospitalares; e a geração de conhecimentos e pesquisas para melhorar a prestação de serviços de saúde. O prêmio é conferido em reconhecimento do trabalho realizado nos dez anos precedentes.
3. Nenhum funcionário atual nem anterior da Repartição Sanitária Pan-Americana ou da Organização Mundial da Saúde pode ser postulado para este prêmio por atividades desenvolvidas em cumprimento de suas funções oficiais na Organização.
4. O Júri para a Adjudicação do Prêmio (Júri) será selecionado a cada ano durante a primeira sessão do Comitê Executivo e seu mandato terá validade somente durante esse processo de seleção. O Comitê Executivo designará o Júri, constituído pelo Presidente do Comitê Executivo, um delegado titular e um suplente de cada sub-região. Se, apesar da nomeação de delegados suplentes, ocorrer uma vaga, o Presidente fará as gestões para preenchê-la. Quando se apresentem candidatos dos mesmos Estados Membros representados no Júri, o Presidente do Comitê Executivo designará o delegado suplente da sub-região correspondente.
5. O Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana convidará os Estados Membros a que apresentem no máximo duas candidaturas. Além disso, durante a primeira semana de novembro de cada ano civil, a Repartição emitirá a convocação para solicitar a apresentação de candidaturas. Os nomes dos candidatos propostos por cada Estado Membro deverão ser recebidos pelo Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana até 31

de março do ano do prêmio, junto com o *curriculum vitae* dos candidatos e a documentação que credencie os méritos do candidato. Esta documentação incluirá uma descrição breve da contribuição do trabalho do candidato no âmbito pertinente (veja o parágrafo 2). Para facilitar o trabalho do Júri, a informação necessária sobre cada candidato será apresentada no formulário padronizado entregue pela Repartição Sanitária Pan-Americana junto com a convocação. Este formulário e a documentação que credencie os méritos do candidato deverão ser preenchidos em sua totalidade com respostas explícitas a cada uma das perguntas. Deve-se apresentar o original de toda a documentação.

6. As candidaturas recebidas pelo Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana depois de 31 de março não serão consideradas para o prêmio.

7. O Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana enviará aos membros do Júri cópias da documentação apresentada, pelo menos com 45 dias de antecedência à data de início da sessão do Comitê Executivo do mês de junho. A fim de apoiar as deliberações do Júri, a Repartição Sanitária Pan-Americana também proporcionará observações técnicas e qualquer outra informação sobre os candidatos que considere pertinente para estas deliberações.

8. O Júri se reunirá, deliberará sobre os candidatos propostos e apresentará suas recomendações durante a semana da sessão do Comitê Executivo. Para que uma reunião do Júri seja válida, deverão estar presentes pelo menos três de seus membros. As deliberações do Júri são confidenciais e não devem ser comentadas fora dele. O Júri formulará uma recomendação ao Comitê Executivo, aprovada pela maioria dos membros presentes. O Comitê Executivo adotará a decisão definitiva de aceitar ou rejeitar as recomendações atinentes ao Prêmio, com a possibilidade de que o Júri volte a deliberar e a formular outras recomendações.

9. Os candidatos que não tenham sido eleitos poderão ser propostos de novo para consideração seguindo o procedimento antes previsto.

10. A proclamação do ganhador do Prêmio terá lugar durante o Conselho Diretor ou a Conferência Sanitária Pan-Americana.

11. O Prêmio será entregue ao ganhador no transcurso da reunião correspondente do Conselho Diretor ou da Conferência Sanitária Pan-Americana. O custo da viagem será coberto pela Repartição Sanitária Pan-Americana, que se encarregará de fazer os arranjos correspondentes em conformidade com as normas e os regulamentos da Organização Pan-Americana da Saúde.

12. Quando essa entrega não for possível, as alternativas incluirão:

- a) recebimento do Prêmio durante o Conselho Diretor ou a Conferência Sanitária Pan-Americana, em nome do candidato, por um membro da delegação de seu país;
- b) entrega no país de origem pelo Representante da OPAS/OMS em nome do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.

13. Qualquer que seja o método utilizado para entregar o Prêmio, este será objeto da publicidade adequada nos meios de comunicação, tanto pela Repartição Sanitária Pan-Americana como pelo governo interessado.

14. Estes procedimentos poderão ser modificados pelo Comitê Executivo a qualquer momento que se julgue oportuno tendo em vista a experiência obtida. As modificações propostas devem ser aprovadas pelo Comitê Executivo e transmitidas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana para sua informação.

(Oitava reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R15: Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração sobre as *Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS* (Documento CE158/7); e

Ciente das disposições dos *Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não Governamentais*,

RESOLVE:

1. Renovar as relações oficiais de trabalho entre a OPAS e as seguintes organizações não governamentais por um período de quatro anos:

- a) *Healthy Caribbean Coalition* (HCC)
- b) Colégio Interamericano de Radiologia (CIR)
- c) Sociedade Interamericana de Cardiologia (SIAC)
- d) Rede de Saúde de Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (RSMLAC)
- e) Associação Latino-Americana de Indústrias Farmacêuticas (ALIFAR, sigla em espanhol)
- f) Federação Latino-Americana de Hospitais (FLH, sigla em espanhol)
- g) Federação Pan-Americana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM)
- h) Federação Pan-Americana de Profissionais de Enfermagem (FEPPEN, sigla em espanhol)

2. Admitir a *Mundo Sano* para manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos;
3. Tomar nota do relatório de progresso sobre a situação das relações entre a OPAS e as organizações não governamentais.
4. Solicitar à Diretora que:
 - a) informe as respectivas organizações não governamentais das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
 - b) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as organizações não governamentais interamericanas de interesse à Organização nas áreas que se enquadram nas prioridades programáticas que os Órgãos Diretores adotaram para a OPAS;
 - c) continue a estimular relações entre os Estados Membros e as organizações não governamentais que atuam na área da saúde.

(Oitava reunião, 23 de junho de 2016)

CE158.R16: Acesso e Uso Racional de Medicamentos e outras Tecnologias em Saúde Estratégicos¹ e de Alto Custo

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo examinado o projeto de documento de política *Acesso e Uso Racional de Medicamentos e outras Tecnologias em Saúde Estratégicos e de Alto Custo* (Documento CE158/15),

¹ “Suprimentos estratégicos de saúde pública” são produtos que preenchem os seguintes critérios: listados, reconhecidos e recomendados por um Comitê de Peritos ou Grupo de Trabalho da OMS (por exemplo, medicamentos essenciais, compostos recomendados por WHOPES, diagnóstico de HIV etc.); incluídos nos protocolos ou algoritmos de diagnóstico recomendados pela OMS e considerados altamente eficazes no tratamento ou prevenção de doenças; quando disponíveis continuamente, contribuem significativamente para melhorar as taxas de mortalidade e a qualidade de vida dos pacientes e/ou minimizam as possibilidades de resistência a drogas no tratamento; sujeitos a desafios particulares nas áreas de obtenção, fixação de preço, previsão e compra; obtêm-se economias de escala quando aumentam os volumes comprados.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1044&Itemid=989&lang=en#9

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote a seguinte resolução:

**ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS E OUTRAS
TECNOLOGIAS EM SAÚDE ESTRATÉGICOS E DE ALTO CUSTO**

O 55º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento de política *Acesso e Uso Racional de Medicamentos e outras Tecnologias em Saúde Estratégicos e de Alto Custo* (Documento CD55/__);

Considerando que a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como um de seus princípios básicos que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social”; e observando que os países da Região afirmaram na Resolução CD53.R14 “o direito à saúde onde seja nacionalmente reconhecido, promovendo o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa obter”;

Recordando a Resolução CD53.R14 (2014) sobre o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde e a Resolução A/RES/70/1 das Nações Unidas, que adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, incluindo a meta 3: “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”;

Reconhecendo que a melhoria do acesso equitativo e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias de saúde contribui para a obtenção do acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde e a consecução dos objetivos de desenvolvimento sustentável;

Levando em consideração que a adoção e implementação de políticas, leis, normas e estratégias abrangentes contribuem para melhorar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde, inclusive aqueles considerados estratégicos e de alto custo, e a qualidade dos serviços de saúde e dos resultados em saúde, assegurando a sustentabilidade dos sistemas de saúde;

Levando em conta que vários medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo são considerados essenciais e podem melhorar significativamente a qualidade de vida e os resultados de saúde quando usados de acordo com diretrizes de prática clínica baseadas em evidências;

Reconhecendo que a adoção de alguns medicamentos e outras tecnologias em saúde novos e de alto custo incorporados aos sistemas de saúde não proporciona um valor agregado significativo, pois substituem tratamentos eficazes de menor custo;

Reconhecendo a necessidade de melhorar o acesso mediante enfoques abrangentes que se concentram em aumentar a disponibilidade, acessibilidade e uso racional nos sistemas de saúde, bem como os processos de seleção descritos na Resolução WHA67.22 da Assembleia Mundial da Saúde; e

Reconhecendo os desafios que os Estados Membros enfrentam atualmente para assegurar o acesso e uso racional dos medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros, levando em conta seu contexto e suas prioridades nacionais, a que:
 - a) adotem políticas e/ou estratégias nacionais abrangentes, juntamente com marcos jurídicos e regulatórios, para melhorar o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde clinicamente efetivos e eficazes em função do custo, que considerem as necessidades dos sistemas de saúde e levem em conta todo o ciclo de vida dos produtos médicos desde a pesquisa e desenvolvimento até a garantia da qualidade e uso, inclusive prescrição e dispensação, e que desestimulem demandas inadequadas de medicamentos e tecnologias em saúde caros e ineficazes ou que não ofereçam benefícios suficientes em relação a alternativas de menor custo;
 - b) de modo a melhorar a eficácia e eficiência dos sistemas de saúde, i) fortaleçam as instituições de saúde, os mecanismos e a capacidade regulatória para promover a boa governança e decisões baseadas em evidências sobre a qualidade, segurança, eficácia e uso ótimo de medicamentos e outras tecnologias em saúde e ii) promovam a transparência e prestação de contas na alocação de recursos para medicamentos e outras tecnologias em saúde;
 - c) avaliem e regularmente revisem formulários e listas de medicamentos essenciais mediante processos e mecanismos de seleção transparentes e rigorosos baseados em evidências e informados por metodologias de avaliação das tecnologias em saúde para atender as necessidades de saúde;
 - d) promovam mecanismos adequados de financiamento e proteção financeira para fomentar a sustentabilidade do sistema de saúde, melhorar o acesso e avançar rumo à eliminação de pagamentos diretos (uma barreira ao acesso no ponto de serviço), para evitar dificuldades financeiras, empobrecimento e exposição a despesas catastróficas;
 - e) trabalhem com o setor farmacêutico para melhorar a transparência e acesso a informações oportunas e abrangentes, inclusive com relação a custos e tendências de pesquisa e desenvolvimento, bem como políticas de fixação de preços e estruturas de preço, gestão da cadeia de suprimentos e práticas de aquisição para melhorar a tomada de decisões, evitar o desperdício e melhorar a acessibilidade de medicamentos e outras tecnologias em saúde;

- f) fortaleçam a capacidade institucional para produzir avaliações de qualidade dos novos medicamentos e outras tecnologias em saúde antes de sua introdução nos sistemas de saúde, com atenção especial aos considerados de alto custo;
- g) promover a concorrência mediante estratégias abrangentes, podendo incluir políticas de propriedade intelectual que levem em conta a perspectiva de saúde pública considerando a maximização de inovações relacionadas à saúde, o estabelecimento de incentivos e normas que permitam a pronta entrada e adoção de medicamentos genéricos de qualidade² e/ou equivalentes terapêuticos, a redução de tarifas e a adoção de mecanismos de aquisição conjunta que limitem a fragmentação combinando a demanda;
- h) adotem estratégias efetivas para melhorar o acesso a produtos de fonte única ou limitada como, entre outros, negociações nacionais e internacionais sobre preços que sejam transparentes, políticas e estratégias de reembolso e fixação de preços e, se for o caso, o uso de flexibilidades afirmadas pela Declaração Ministerial de Doha sobre o acordo ADPIC;
- i) adotem medidas para promover o acesso a informações sobre produtos médicos que seja imparcial e livre de conflitos de interesses, para autoridades de saúde, profissionais da saúde e a população em geral, de modo a promover o uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde e melhorar a prescrição e dispensação; e monitorem o uso seguro e eficaz desses produtos mediante sistemas sólidos de vigilância farmacológica e vigilância técnica;
- j) reconheçam o papel dos prescritores em decisões relativas a opções de tratamento e proporcionem apoio para melhorar práticas de modo que as prescrições sejam apropriadas, éticas e baseadas no uso racional, empregando ferramentas como diretrizes de prática clínica, estratégias educacionais e regulamentos para abordar conflitos de interesse entre prescritores e fabricantes de produtos médicos;
- k) desenvolvam marcos, inclusive mediante consultas a todas as partes relevantes, que definam princípios éticos que, sob a perspectiva de saúde pública, orientem o desenvolvimento de publicidade e marketing farmacêutico, e códigos de conduta que orientem o comportamento ético dos representantes farmacêuticos;
- l) promovam a adoção de instrumentos para melhorar a qualidade do exame dos pedidos de patente de produtos farmacêutico e outras tecnologias em saúde, e facilitar o acesso dos examinadores à informação necessária para tomar decisões apropriadas;

² A OMS usa o termo “produtos farmacêuticos de múltiplas fontes”, definidos como “produtos farmaceuticamente equivalentes ou farmaceuticamente alternativos que podem ou não ser terapeuticamente equivalentes. Produtos farmacêuticos de múltiplas fontes que são terapeuticamente equivalentes são intercambiáveis” (Comitê de Peritos da OMS sobre Especificações para Preparações Farmacêuticas, WHO Technical Report Series 937, 2006, disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14091e/s14091e.pdf>)

- m) promovam o trabalho das autoridades nacionais de saúde e outras autoridades competentes, segundo o contexto nacional, sobre questões relacionadas a patentes de produtos farmacêuticos e outras tecnologias em saúde, e as práticas de patenteamento, promovendo inovações relacionadas à saúde e fomentando a concorrência no mercado.
2. Solicitar ao Diretor que:
- a) apoie os Estados Membros na formulação de políticas e marcos jurídicos³ para medicamentos e tecnologias em saúde que promovam o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde essenciais e estratégicos, inclusive os considerados de alto custo;
 - b) apoie os Estados Membros na formulação, implementação e/ou revisão de marcos jurídicos e regulatórios, políticas e outras disposições que permitam a pronta entrada e adoção de medicamentos genéricos de qualidade e/ou equivalentes terapêuticos mediante estratégias integrais sob a perspectiva da saúde pública;
 - c) apoie os Estados Membros no fortalecimento de capacidades e adoção de estratégias para melhorar a seleção e uso racional de medicamentos e outras tecnologias em saúde com base em avaliações de tecnologia e outros enfoques baseados em evidências para melhorar os resultados e a eficiência em saúde;
 - d) promova a cooperação e compartilhamento de informações, experiências bem-sucedidas e capacidade técnica com respeito à eficácia em função do custo de medicamentos e outras tecnologias em saúde, questões da cadeia de suprimentos e boas práticas de fixação de preços, entre outros temas, através dos canais e redes da OPAS, e sintetize e informe o progresso registrado pelos Estados Membros nas áreas mais importantes;
 - e) continue a fortalecer o Fundo Rotativo Regional para Suprimentos Estratégicos de Saúde Pública e o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas para proporcionar apoio permanente aos Estados Membros em todos os aspectos relacionados com a disponibilidade e acessibilidade de medicamentos e tecnologias em saúde de qualidade, inclusive proporcionando uma plataforma para apoiar os Estados Membros na consolidação, negociação e aquisição de medicamentos de alto custo de fonte única ou limitada;
 - f) apoie e incentive os Estados Membros a formular e adotar marcos que definam princípios éticos que, sob a perspectiva da saúde pública, orientem o desenvolvimento de publicidade e marketing farmacêutico, e códigos de conduta que orientem o comportamento dos representantes farmacêuticos;
 - g) promova a identificação e coordenação de iniciativas que abordem o acesso a medicamentos e outras tecnologias em saúde de alto custo na Região a fim de contribuir para a sua eficiência e evitar a duplicação.

(Nona reunião, 24 de junho de 2016)

³ De acordo com a Resolução CD54.R9.

CE158.R17: Agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 158ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CD55/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como Anexo A ao Documento CE158/3, Rev. 1; e

Levando em conta as disposições do Artigo 12.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Art. 7 do Regulamento Interno do Conselho Diretor,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (Documento CD55/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Nona reunião, 24 de junho de 2016)

Decisões

Decisão CE158(D1): Adoção da agenda

Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê adotou a agenda apresentada pela Diretora, com as modificações feitas pelo Comitê (Documento CE158/1, Rev. 3).

(Primeira reunião, 22 de junho de 2015)

Decisão CE158(D2): Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu nomear o Equador e a Costa Rica, Presidente e Vice-presidente, respectivamente, para representarem o Comitê no 55º Conselho Diretor, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. A Argentina e os Estados Unidos foram eleitos representantes suplentes.

(Nona reunião, 24 de junho de 2016)

Decisão CE158(D3): Programação do superávit orçamentário

O Comitê Executivo respaldou a proposta da programação do superávit orçamentário conforme estipulado no Documento CE158/24.

(Sétima reunião, 23 de junho de 2016)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Presidente do Comitê Executivo, Delegado do Equador e a Secretária ex officio, Diretora da Repartição Sanitária Pan Americana, assinam o presente o Relatório Final em língua espanhola.

FEITO em Washington, D.C., neste vigésimo quarto dia de junho do ano de dois mil e dezesseis. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan Americana. O Relatório Final será publicado sobre na página da Organização Pan Americana da Saúde na Internet tão logo seja aprovado pelo Presidente.

Margarita Guevara Alvarado
Presidente da 158a sessão do
Comitê Executivo
Delegado do Equador

Carissa Etienne
Secretária ex officio da
158a sessão do Comitê Executivo
Diretora da
Repartição Sanitária Pan Americana

Anexo A

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Adoção da agenda e do programa de reuniões
- 2.2 Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
- 2.3 Anteprojecto da agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

3. ASSUNTOS RELATIVOS AO COMITÊ

- 3.1 Relatório sobre a 10ª sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
- 3.2 Premio OPAS em Administração (2016)
- 3.3 Prêmio OPAS em Administração: mudanças dos procedimentos
- 3.4 Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
- 3.5 Relatório anual do Escritório de Ética (2015)
- 3.6 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS
- 3.7 Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Relatório preliminar da avaliação final do biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
-

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

- 4.2 Avaliação preliminar da implementação da Política do Orçamento da OPAS
- 4.3 Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS
- 4.4 Sistemas de saúde resilientes
- 4.5 Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde estratégicas e de alto custo
- 4.6 Saúde dos migrantes
- 4.7 Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020
- 4.8 Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021
- 4.9 Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022
- 4.10 Estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses
- 4.11 Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021
- 4.12 Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
- 5.2 Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo Correspondentes a 2015
- 5.3 Programação do excedente orçamentário
- 5.4 Programação da receita excedente
- 5.5 Seguro de saúde pós-serviço
- 5.6 Relatório sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital
- 5.7 Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação

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

- 5.8 Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018 2019 e 2020 2021

6. ASSUNTOS DE PESSOAL

- 6.1 Estatísticas sobre a dotação de pessoal da RSPA
- 6.2 Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA
- 6.3 Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL

- 7.1 Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017: mecanismos para a apresentação de relatórios parciais aos Estados Membros
- 7.2 Processo para o desenvolvimento do Orçamento-Programa da OMS 2018-2019
- 7.3 Atualização sobre a reforma da OMS
- 7.4 Situação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS)
- 7.5 Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)
- 7.6 Atualização sobre o vírus Zika na Região das Américas
- 7.7 Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na Região das Américas
- 7.8 Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde: relatório final
- 7.9 Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição em saúde e desenvolvimento: relatório final
- 7.10 Estratégia e plano de ação para a redução da desnutrição crônica: relatório final
- 7.11 Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita na Região das Américas: relatório final

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL (cont.)

7.12 Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: relatório final

7.13 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:

- A. Estratégia e plano de ação para *eSaúde*: avaliação intermediária
- B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem
- C. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis: avaliação intermediária
- D. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool: avaliação intermediária
- E. Plano de ação sobre o uso de substâncias psicoativas e saúde pública: avaliação intermediária
- F. Situação dos Centros Pan-Americanos

7.14 Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS

- A. 69ª Assembleia Mundial da Saúde
- B. Organizações sub-regionais

7. OUTROS ASSUNTOS

8. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

Doc. Of. 351 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo
Correspondentes a 2015

Documentos de trabalho

CE158/1, Rev. 1	Adoção da agenda e do programa de reuniões
CE158/2	Representação do Comitê Executivo no 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE158/3, Rev. 1	Anteprojecto da agenda provisória do 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
CE158/4	Relatório sobre a 10ª sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
CE158/5 e Add. I	Premio OPAS em Administração (2016)
CE158/6, Rev. 2	Prêmio OPAS em Administração: mudanças dos procedimentos
CE158/7	Organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS
CE158/8	Relatório anual do Escritório de Ética (2015)
CE158/9	Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS
CE158/10	Nomeação de um membro ao Comitê de Auditoria da OPAS
CE158/11, Rev. 1	Relatório preliminar da avaliação final do biênio do Programa e Orçamento 2014-2015/Primeiro relatório provisório do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019
CE158/12	Avaliação preliminar da implementação da Política do Orçamento da OPAS
CE158/13	Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS

Documentos de trabalho *(cont.)*

CE158/14	Sistemas de saúde resilientes
CE158/15	Acesso e uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde estratégicos e de alto custo
CE158/16, Rev. 1	Saúde dos migrantes
CE158/17, Rev. 1	Plano de ação para a eliminação da malária 2016-2020
CE158/18, Rev. 1	Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis 2016-2021
CE158/19	Plano de ação para a eliminação de doenças infecciosas negligenciadas e ações pós-eliminação 2016-2022
CE158/20, Rev. 1	Estratégia para a prevenção e o controle das arbovíroses
CE158/21	Plano de ação para a redução do risco de desastres 2016-2021
CE158/22	Análise dos mandatos da Organização Pan-Americana da Saúde
CE158/23 and Add. I	Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
CE158/24	Programação do excedente orçamentário
CE158/25	Programação da receita excedente
CE158/26	Seguro de saúde pós-serviço
CE158/27	Relatório sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital
CE158/28	Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
CE158/29	Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018 2019 e 2020 2021
CE158/30	Estatísticas sobre a dotação de pessoal da RSPA
CE158/31	Modificações do Estatuto e Regulamento de Pessoal da RSPA
CE158/32	Intervenção do Representante da Associação de Pessoal

Documentos da informação geral

CE158/INF/1	Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017: mecanismos para a apresentação de relatórios parciais aos Estados Membros
CE158/INF/2	Processo para o desenvolvimento do Orçamento-Programa da OMS 2018-2019
CE158/INF/3	Atualização sobre a reforma da OMS
CE158/INF/4	Situação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS)
CE158/INF/5 e Add. I	Implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)
CE158/INF/6	Atualização sobre o vírus Zika na Região das Américas
CE158/INF/7	Implementação dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável na Região das Américas
CE158/INF/8	Plano de ação regional para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde: relatório final
CE158/INF/9	Estratégia e plano de ação regional sobre nutrição em saúde e desenvolvimento 2006-2015: relatório final
CE158/INF/10	Estratégia e plano de ação para a redução da desnutrição crônica: relatório final
CE158/INF/11	Plano de ação para manter a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome de rubéola congênita na Região das Américas: relatório final
CE158/INF/12	Estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança: relatório final
CE158/INF/13	Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: A. Estratégia e plano de ação para <i>eSaúde</i>: avaliação intermediária B. Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem C. Plano de ação para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis: avaliação intermediária D. Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool: avaliação intermediária

Documentos da informação geral (*cont.*)

- | | |
|--------------|--|
| CE158/INF/13 | Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none">E. Plano de ação sobre uso de substâncias psicoativas e saúde pública: avaliação intermediáriaF. Situação dos Centros Pan-Americanos |
| CE158/INF/14 | Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS: <ul style="list-style-type: none">A. 69ª Assembleia Mundial da SaúdeB. Organizações sub-regionais |

Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente:	Dra. Margarita Guevara Alvarado (Ecuador)
Vice-President / Vicepresidente:	Dra. María Esther Anchía (Costa Rica)
Rapporteur / Relator:	Dr. Rhonda Sealey-Thomas (Antigua and Barbuda)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Rubén A. Nieto
Secretario de Relaciones Nacionales e
Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegate – Delegado

Dra. Miguela Pico
Subsecretaria de Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Merciana Moxey
Senior Medical Officer
Department of Public Health
Ministry of Health
Nassau

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Esther Anchía
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Sra. Maureen Barrantes
Primera Secretaria, Representante Altern
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Joshua Céspedes Víquez
Consejero, Representante Altern
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Margarita Guevara Alvarado
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Viceministra de Gobernanza y Vigilancia
de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

Sr. Sebastián Jaramillo
Tercer Secretario, Representante Alternó
del Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis F. García Ruano
Viceministro Técnico de Salud
Ministerio de Salud Pública y
Asistencia Social
Guatemala

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

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

Ms. Emily Bleimund
Director, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Charles Darr
Lieutenant
United States Public Health Service
International Health Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Jose Fernandez
Global Health Security Agenda Team Lead
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Adriana Gonzalez
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Conor Harrington
Director
Office of Intellectual Property and Innovation
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

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

Ms. Leslie Hyland
Deputy Director
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Melissa Kopolow McCall
Health Advisor
Office of Economic and Development
Assistance
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Gabrielle Lamourelle
Deputy Director, Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Hannah Lobel
Attorney Advisor
Office of the Legal Advisor
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Ms. Rebecca Minneman
Malaria Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Katherine Monahan
Deputy Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Jacob Olivo
International Health Analyst, Americas
Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Laura Olsen
International Health Analyst
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Anne Snyder
Policy Analyst, Office of Trade and Health
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Jennifer Stradtman
Director for Technical Barriers to Trade
Office of the World Trade Organization and
Multilateral Affairs
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

Ms. Leslie Yang
Director for Agricultural Affairs
Office of Agricultural Affairs
Office of the U.S. Trade Representative
Washington, D.C.

Ms. Anne Yu
Deputy Director
Pandemics and Emerging Threats Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

BRAZIL/BRASIL

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

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves
Técnico Especializado de Assessoria de
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

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

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)**

CANADA/CANADÁ

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

Ms. Saman Muhammad
Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

Mr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Advisor
Department of Foreign Affairs, Trade
and Development
Ottawa

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer and Alternate
Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

COLOMBIA

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

EL SALVADOR

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

HONDURAS

Abog. Laura E. Mejía
Jefe, Unidad de Cooperación Externa
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

MEXICO/MÉXICO

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

Lic. Jesús Schucry Giacomán Zapata
Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Dra. Iritzel Isolina Santamaría
Subdirectora Nacional de Planificación
de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Licdo. Cecilio Tejeira
Coordinador de la Dirección de Asuntos
Internacionales y Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PARAGUAY

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

Abog. Ricardo Chávez Galeano
Attaché
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

H. E. Ms. Thelma Patricia Phillip Browne.
Ambassador of Saint Kitts And Nevis to the
United States
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. José Manuel Calvar Moreno
Becario
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

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

Mrs. Lily Waterston

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

Ms. Vina HuLamm

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

Dr. Luiz A. de Lima Pontes

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

Dr. Rubén Abete

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Ms. Amy Finan
Ms. Tara Hayward

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Mr. Nicholas Treen
Mr. John Fox

**External Auditor, Court of Audit of
Spain/Auditor Externo, Tribunal de Cuentas
de España**

Ms. Karen Linda Ortiz Finnemore
Mr. Alfredo Campos Lacoba
Mr. Rafal Czarnecki

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

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

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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