



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

# 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de junho de 2017*

---

CE160/FR  
30 de junho de 2017  
Original: inglês

## RELATÓRIO FINAL

---

---

**SUMÁRIO**

	<i>Página</i>
<b>Abertura da sessão</b> .....	6
<b>Assuntos relativos ao regulamento</b>	
Eleição da Mesa Diretora.....	7
Adoção da agenda e do programa de reuniões.....	7
Representação do Comitê Executivo na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	7
Projeto de agenda provisória para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	8
<b>Assuntos do Comitê</b>	
Relatório sobre a 11ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração .....	8
Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017).....	9
Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais.....	9
Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS .....	10
Relatório anual do Escritório de Ética (2016).....	12
Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS.....	14
Nomeação de um membro do Comitê de Auditoria da OPAS .....	17
<b>Assuntos relativos à política dos programas</b>	
Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019:	
Proposta de modificações .....	17
Projeto do programa e orçamento da OPAS 2018-2019.....	20
Nova escala de contribuições fixas .....	24
Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 .....	25
Política sobre etnia e saúde .....	28
Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018–2023 .....	31
Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 .....	33
Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde .....	36
Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022.....	40
<b>Assuntos administrativos e financeiros</b>	
Relatório sobre a arrecadação de contribuições fixas .....	42
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2016 .....	43

**SUMÁRIO** (cont.)

Página

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

Programação da receita excedente .....	47
Seguro-saúde pós-serviço .....	48
Atualização sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital .....	48
Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação .....	49
Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2019 e 2020-2021 .....	50

**Assuntos relativos ao pessoal**

Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	51
Estatísticas sobre a dotação de pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	52
Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS.....	53

**Assuntos de informação geral**

Atualização sobre a reforma da OMS .....	54
Processo de eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas .....	56
Situação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) .....	56
Centros colaboradores da OPAS/OMS .....	57
Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final .....	58
Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final .....	61
Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas: Relatório final.....	63
Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:	
A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso .....	64
B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso.....	65
C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária.....	65
D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso.....	65
E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso .....	66
F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária .....	67
G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária .....	67
H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária.....	68
I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária .....	69

**SUMÁRIO** (cont.)

Página

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

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: (cont.)	
J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária .....	69
K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório do progresso.....	70
L. Análise da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso .....	70
M. Situação dos Centros Pan-Americanos.....	70
Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS: .....	71
A. 70 <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde .....	71
B. Organizações sub-regionais.....	71

<b>Encerramento da sessão</b> .....	72
-------------------------------------	----

**Resoluções e decisões****Resoluções**

CE160.R1	Arrecadação das contribuições fixas.....	72
CE160.R2	Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023 .....	73
CE160.R3	Nomeação de um Membro do Comitê de Auditoria da OPAS.....	76
CE160.R4	Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde .....	77
CE160.R5	Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a Organização Pan-Americana da Saúde .....	79
CE160.R6	Plano Estratégico da OPAS 2014-2019: Proposta de modificações .....	80
CE160.R7	Nova Escala de Contribuições Fixas.....	82
CE160.R8	Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019.....	85
CE160.R9	Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2018 .....	88
CE160.R10	Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022 .....	92
CE160.R11	Política sobre etnia e saúde .....	94
CE160.R12	Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) .....	97

**SUMÁRIO** (cont.)

Página

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

CE160.R13	Agenda provisória da 29ª Conferência Sanitária Pan-americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	98
CE160.R14	Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA....	98
CE160.R15	Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030.....	109

**Decisões**

CE160(D1)	Adoção da agenda.....	112
CE160(D2)	Representação do Comitê Executivo na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas .....	112
CE160(D3)	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 .....	113

**Anexos**

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

## RELATÓRIO FINAL

### Abertura da sessão

1. A 160ª Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização, em Washington, D.C., de 26 a 30 de junho de 2017. Compareceram à sessão os delegados dos seguintes nove membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Antígua e Barbuda, Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Guatemala, Estados Unidos da América, Panamá e Trinidad e Tobago. Os delegados dos Estados Membros, Estados Participantes e Estados Observadores a seguir compareceram na condição de observadores: Canadá, Equador, Espanha, México e Peru. Duas organizações intergovernamentais e sete organizações não governamentais também foram representadas.
2. O Dr. Rubén A. Nieto (Argentina, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, expressando suas condolências às pessoas afetadas pelo recente naufrágio de um barco com passageiros na Colômbia.
3. A Dra. Carissa F. Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana – RSPA), também deu as boas-vindas aos participantes, observando que o mundo havia experimentado uma mudança notável nos meses recentes. As pessoas estavam cada vez mais expostas a riscos econômicos, ambientais, geopolíticos, sociais e tecnológicos em uma aldeia global estreitamente interconectada. As doenças infecciosas continuavam propagando-se, e os ataques terroristas e cibernéticos haviam aumentado. A instabilidade social e a migração em grande escala haviam afetado negativamente a saúde em muitos países, assim como o fizeram os fenômenos meteorológicos extremos e as catástrofes naturais. Apesar das melhoras na capacidade geral coletiva de combater doenças, as necessidades mundiais em matéria de saúde não estavam sendo plenamente atendidas. Além disso, mais da metade da população mundial vivia com menos de dois dólares por dia, e cerca de 30 mil crianças morriam a cada dia em condições relacionadas com a pobreza.
4. A RSPA havia trabalhado diligentemente, em colaboração com os Estados Membros, contra essa trama de casos mundiais interconectados, a fim de dar impulso às metas de saúde comuns da Região. Continuou apoiando os Estados Membros para que obtivessem avanços tangíveis no sentido do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, estabelecendo sistemas de saúde resilientes, fortalecendo a prontidão nacional para as emergências e a capacidade de resposta dos países e reduzindo as desigualdades em saúde, principalmente nas populações em condição de vulnerabilidade.
5. Os Estados Membros também haviam trabalhado com afinco no ano anterior para elaborar uma nova agenda de saúde sustentável para as Américas para o período 2018-2030. A agenda, que o Comitê examinaria durante a sessão, proporcionava a direção

e a visão política para o desenvolvimento da saúde na Região nos 13 anos seguintes. A Diretora concluiu seu discurso agradecendo aos Estados Membros seu compromisso incansável com a OPAS e manifestando sua gratidão ao Comitê por sua orientação fundamental e sua perspectiva perspicaz a respeito do trabalho da Organização.

### **Assuntos relativos ao regulamento**

#### ***Eleição da Mesa Diretora***

6. As autoridades a seguir, eleitas na 159ª Sessão do Comitê, continuaram desempenhando seus respectivos cargos na 160ª Sessão:

<i>Presidente:</i>	Argentina	(Dr. Rubén A. Nieto)
<i>Vice-Presidente:</i>	Trinidad e Tobago	(Dr. Vishwanath Partapsingh)
<i>Relatora:</i>	Guatemala	(Dra. Lucrecia Hernández Mack)

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

#### ***Adoção da agenda e do programa de reuniões (documentos CE160/1, Rev. 2, e CE160/WP/1)***

8. A Diretora, ao apresentar a agenda provisória (constante do documento CE160/1, Rev. 1), explicou que, como havia sido recebida uma indicação para o cargo de Auditor Externo após a aprovação da agenda preliminar por parte do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, em março de 2017, seria necessário adicionar à agenda do Comitê um item sobre a nomeação do Auditor Externo.

9. O Comitê adotou a agenda provisória, conforme modificada no documento CE160/1, Rev. 2 (decisão CE160[D1]), bem como o programa de reuniões (CE160/WP/1).

#### ***Representação do Comitê Executivo na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE160/2)***

10. Em conformidade com o Artigo 54 de seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo designou a Argentina e Trinidad e Tobago titulares da Presidência e da Vice-Presidência, respectivamente, para representarem o Comitê na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. A Colômbia e o Panamá foram eleitos representantes suplentes (decisão CE160[D2]).

***Projeto de agenda provisória para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE160/3, Rev. 1)***

11. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) apresentou o projeto de agenda provisória da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (documento CE160/3, Rev. 1), observando que o item 8.6, “Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)”, havia sido acrescentado em conformidade com decisão WHA70(11) da 70ª Assembleia Mundial da Saúde, que havia requerido consultas regionais sobre o tema.

12. A Diretora observou que a Conferência teria uma agenda pesada, inclusive com a eleição do Diretor para o período 2018-2023, a apresentação da principal publicação da Organização, *Saúde nas Américas*, e a adoção da nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas. O trabalho preparatório empreendido pelo Comitê seria, portanto, muito importante para garantir que as resoluções sobre os diversos assuntos relativos à política dos programas estivessem prontas para serem adotadas.

13. O Comitê adotou a agenda provisória (resolução CE160.R13).

**Assuntos do Comitê**

***Relatório sobre a 11ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (documento CE160/4)***

14. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia realizado sua 11ª sessão de 22 a 24 de março de 2017. O Subcomitê havia discutido vários assuntos financeiros e administrativos importantes, a saber, um resumo do relatório financeiro do Diretor para 2016, uma versão preliminar do programa e orçamento da OPAS para 2018-2019, uma proposta de emenda ao Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, um relatório sobre o andamento da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, um relatório sobre o processo de eleição do Diretor da RSPA para o próximo quinquênio e outros relatórios sobre os agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS e sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais.

15. A Dra. Hernández Mack explicou que, como todos os assuntos discutidos pelo Subcomitê também constavam da agenda do Comitê Executivo, ela prestaria informações a respeito de cada um à medida que fossem abordados pelo Comitê.

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

17. A Diretora também agradeceu ao Subcomitê, observando que as ricas discussões ocorridas no âmbito daquele órgão facilitariam consideravelmente o trabalho do Comitê Executivo.

***Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)***  
**(documentos CE160/5 e Add. I)**

18. A Dra. Miguela Pico (Argentina) informou que a comissão julgadora do Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017), constituída por representantes da Argentina, Brasil, Panamá, Trinidad e Tobago e Estados Unidos da América, havia-se reunido em 27 de junho de 2017 e examinado as informações sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros. Após as discussões, reconhecendo os méritos dos cinco candidatos, a comissão julgadora havia decidido recomendar que o prêmio referente a 2017 fosse concedido à Dra. Stella Bolaños Varela, da Costa Rica, por sua substancial carreira e seu compromisso de muitos anos com a qualidade e a administração dos serviços de saúde no âmbito nacional, por suas destacadas contribuições na área da educação em saúde e administração dos serviços de saúde para a população idosa, assim como por sua liderança na execução de modelos de atenção centrados na pessoa.

19. O Comitê Executivo adotou a resolução CE160.R12, conferindo o Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) à Dra. Stella Bolaños Varela, da Costa Rica.

***Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais***  
**(documento CE160/6)**

20. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) comunicou que o Subcomitê havia sido informado das medidas tomadas pela OPAS até março de 2017 para a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA, na sigla em inglês), adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016 e pelo Conselho Diretor da OPAS em setembro de 2016. Entre essas medidas encontravam-se a emissão de um boletim de informações gerais explicando a nova política ao pessoal, bem como orientações em diversas reuniões regionais e sub-regionais dos funcionários. O Subcomitê também foi informado de que a OMS ainda estava desenvolvendo algumas ferramentas necessárias para a implementação completa do quadro, como o registro dos agentes não estatais, um guia para o pessoal e um manual para os agentes não estatais.

21. O Subcomitê havia recebido favoravelmente as medidas adotadas para a implementação do FENSA, que era percebido como meio de assegurar a transparência nas relações com os agentes não estatais, evitar conflitos de interesses e resguardar a integridade e a independência da OPAS e da OMS. A Secretaria havia sido incentivada a continuar seu trabalho de implementação imediata e plena do quadro em todos os três níveis da Organização.

22. O Comitê Executivo também acolheu com satisfação o progresso obtido na implementação do FENSA no âmbito regional, e vários delegados observaram que as Américas haviam sido a primeira região da OMS a aplicar esse quadro na prática. Os delegados também afirmaram que o quadro ajudaria a evitar a influência indevida de

agentes não estatais na formulação e na implementação das políticas de saúde pública, a preservar a integridade e a independência da OPAS e da OMS e a melhorar a confiança pública nas duas organizações. A RSPA foi incentivada a continuar em estreita colaboração com a Secretaria da OMS para assegurar a aplicação uniforme do FENSA no âmbito regional e mundial. Solicitaram-se novidades a respeito do progresso da OMS na preparação do guia para o pessoal e o manual para os agentes não estatais. Os delegados também buscaram informações sobre o progresso por parte da Repartição na capacitação de seu pessoal para a aplicação do quadro, a contribuição da OPAS para a elaboração do registro mundial de agentes não estatais, a participação das Representações da OPAS/OMS na execução do FENSA e dificuldades específicas que tenham sido encontradas durante a execução do quadro no âmbito regional.

23. O Sr. Scott Shauf (Assessor Jurídico Sênior, RSPA) informou que a OMS havia lançado o registro dos agentes não estatais pouco antes da 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017. A Repartição estava colaborando com a Secretaria da OMS para determinar como e quando os agentes não estatais com que a OPAS colaborava seriam acrescentados ao registro. Uma versão inicial do guia para o pessoal havia sido enviada para ser examinada pelos pontos focais do FENSA em abril de 2017, e a Repartição havia acabado de receber uma segunda versão revisada. A OMS esperava que o guia fosse concluído e estivesse pronto para ser usado em agosto. A Repartição pretendia começar a usar o guia para a capacitação do pessoal, inclusive das equipes das representações nos países, no segundo semestre do ano. Uma versão preliminar do manual para os agentes não estatais estaria pronta para circulação em um futuro próximo.

24. A Diretora recordou que havia prometido que a RSPA seria o primeiro escritório regional da OMS a implementar o FENSA, o que de fato ocorreu. A Repartição havia procedido imediatamente à aplicação do FENSA em toda a cooperação com os agentes não estatais, embora a OMS não houvesse concluído o trabalho de produção de todas as ferramentas exigidas para a implementação plena do quadro. A Dra. Etienne quis esclarecer, no entanto, que, embora um dos supostos objetivos do quadro fosse facilitar o trabalho da Organização com os agentes não estatais, na realidade o havia tornado mais difícil, não pela maneira como o FENSA estava sendo implementado, mas por causa das limitações impostas pelo quadro, que ia muito além da política anterior da OPAS para o trabalho com o setor privado.

25. O Comitê tomou nota do relatório.

***Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS (documento CE160/7)***

26. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado um relatório e um pacote de informações confidenciais fornecidos pela Repartição sobre oito organizações não governamentais cuja condição de agente não estatal que mantém relações oficiais com a OPAS deveria passar por nova análise. A análise havia sido realizada de acordo com o Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais, ao passo que, anteriormente, o Subcomitê examinava as relações da OPAS com as ONGs com base nos

Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações não Governamentais.

27. A Repartição havia recomendado a manutenção das relações oficiais com seis organizações. Também havia recomendado que a decisão a respeito da continuação das relações com a Federação Latino-Americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA, na sigla em inglês) fosse diferida, a fim de dar tempo para que essa federação preparasse um plano mais robusto para a colaboração, e que as relações oficiais com a Federação Internacional de Diabetes fossem suspensas devido à falta de colaboração nos dois anos anteriores. Observou-se que a suspensão das relações com a última não impediria a cooperação futura com essa federação nem com as associações de âmbito nacional que ela representava.

28. Após a consideração das informações prestadas, o Subcomitê havia decidido recomendar que o Comitê Executivo aprovasse a continuação das relações oficiais entre a OPAS e as seguintes entidades: Associação Americana de Saúde Pública, Sociedade Americana de Microbiologia, Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental, March of Dimes, Convenção Farmacopeica dos Estados Unidos e Associação Mundial de Saúde Sexual. Também havia recomendado que o Comitê adiasse uma decisão sobre a manutenção das relações oficiais com a FIFARMA até 2018 e suspendesse as relações oficiais com a Federação Internacional de Diabetes.

29. O Comitê Executivo endossou as recomendações do Subcomitê. Foram solicitadas mais informações sobre os recursos e as atividades das diversas organizações.

30. Uma representante da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS) manifestou a gratidão de sua organização pela renovação das relações oficiais, enfatizando seu compromisso de continuar a trabalhar com a OPAS para melhorar o acesso à água potável e ao saneamento, como contribuição para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nas Américas.

31. O Sr. Scott Shauf (Assessor Jurídico Sênior, RSPA) explicou que as informações confidenciais divulgadas aos membros do Subcomitê, as quais continham detalhes sobre os recursos e o trabalho de diversas organizações, também poderiam ser disponibilizadas aos membros do Comitê Executivo.

32. A Diretora afirmou que a colaboração com os agentes não estatais, inclusive com o setor privado, seria crucial para promover o trabalho da Organização no sentido da consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A finalidade do FENSA era facilitar essa colaboração e, ao mesmo tempo, resguardar a função da Organização de estabelecer normas e padrões. A Repartição precisava encontrar novas maneiras de trabalhar com o setor privado, que, por sua vez, precisava ter mais consciência do que as organizações internacionais e intergovernamentais poderiam e não poderiam fazer. Desde que todas as partes compreendessem suas respectivas funções, haveria oportunidade de trabalharem em conjunto para assegurar que os Objetivos de Desenvolvimento

Sustentável fossem alcançados e que o mundo fosse não apenas mais saudável, como também mais próspero, com desenvolvimento sustentável para todos.

33. O Comitê Executivo adotou a resolução CE160.R5, renovando as relações oficiais entre a OPAS e as seis organizações mencionadas acima, adiando até 2018 uma decisão sobre a manutenção de relações oficiais com a FIFARMA e suspendendo as relações oficiais com a Federação Internacional de Diabetes.

***Relatório anual do Escritório de Ética (2016) (documento CE160/8)***

34. O Sr. Philip MacMillan (Administrador, Escritório de Ética, RSPA) prestou informações a respeito das atividades empreendidas pelo Escritório de Ética em 2016 nas cinco áreas principais a seguir: assessoria e orientação para o pessoal da OPAS em questões éticas; capacitação e atividades de extensão; relatórios sobre possíveis questões éticas; casos de fraude, roubo ou perda de bens ou recursos; e implementação de novas políticas e iniciativas para melhorar a cultura ética na OPAS, promover um local de trabalho respeitoso e reduzir o nível de conflito interpessoal. Houve 91 consultas do pessoal, abrangendo preocupações gerais a respeito do local de trabalho, emprego externo, participação em conselhos e comitês, recebimento de presentes e emprego de familiares. Esse número representou uma ligeira diminuição das consultas em comparação com o ano anterior, mas continuava acima da norma da maioria das organizações.

35. Na área de capacitação e extensão, o Escritório executou um programa de capacitação preparado especificamente para os administradores de alto nível sobre a importância de possibilitar que os funcionários levantem questões de boa fé sem temor de represália. O programa cobria princípios gerais de represália e proteção e como os gerentes podem evitar equívocos que deem origem a queixas sobre condutas inadequadas. Além disso, o Escritório de Ética assistiu o escritório do Ombudsman na elaboração de um curso on-line para ajudar a promover um local de trabalho saudável no qual todo o pessoal fosse tratado com dignidade e respeito.

36. Houve 49 denúncias de comportamentos que geraram preocupações com relação à ética, um número ligeiramente inferior ao dos três anos anteriores. Desse total, 18 denúncias haviam sido obtidas por meio do Serviço de Ajuda sobre Ética, 17 delas anonimamente. O Escritório recebeu várias alegações de assédio no local de trabalho e ajudou a Secretaria da OMS a lidar com dois desses casos. Um funcionário foi demitido por conduta indevida, em decorrência de uma investigação. O Sr. MacMillan lembrou que, na reunião do Comitê Executivo de 2016, ele havia informado que o Escritório de Ética havia recebido denúncias anônimas sobre altos funcionários da RSPA. Essas denúncias haviam sido investigadas e foram consideradas sem mérito. Posteriormente, alguém usando um pseudônimo havia enviado comunicações anônimas à OMS, ao Escritório de Ética das Nações Unidas e aos membros do Comitê da Auditoria da OPAS, entre outros. Dada a necessidade de proteger a reputação da Organização e de seu pessoal, a Diretora solicitou uma análise externa por um destacado escritório de advocacia em Washington, D.C. Em dezembro de 2016, após concluir que as alegações não se fundamentavam em fatos e careciam de mérito, o escritório de advocacia recomendou encerrar o caso.

37. Com relação à fraude, roubo e perda de bens e recursos da OPAS, 29 denúncias foram apresentadas em 2016 e o prejuízo sofrido pela Organização totalizara US\$ 9.522,<sup>1</sup> o menor valor registrado nos nove anos anteriores. A maioria dos casos era de furto de laptops e telefones.

38. Entre as novas políticas e iniciativas executadas encontram-se o estabelecimento de uma nova linha telefônica de ajuda, com um sistema de administração de casos mais complexo, e melhores ferramentas analíticas para monitorar o andamento dos casos e gerar estatísticas. Sob a liderança do Escritório de Ética, o novo Regulamento Interno do Comitê de Apelação da OPAS foi aprovado e publicado. O Escritório também havia expedido dois boletins de informações gerais para os funcionários da Repartição, um sobre a notificação de questões éticas e outro sobre a participação em atividades políticas que poderiam ser consideradas hostis a um determinado governo. Por fim, em 2016 o Escritório de Ética criou duas funções distintas: uma função assessora e outra função investigativa. Assim, o Escritório conseguiu fortalecer sua ênfase na prevenção e extensão e reduzir o risco de condutas inadequadas.

39. Em conformidade com um relatório abrangente emitido em 2016 pela unidade de inspeção conjunta das Nações Unidas (JIU, na sigla em inglês), o foco de 2017 recairia sobre a prevenção, detecção e combate de fraudes. Como parte dessa iniciativa, o Escritório de Ética lideraria a elaboração da estratégia de conscientização sobre fraudes, assim como o treinamento específico para a detecção e o combate à fraude e à corrupção. O Escritório também implementaria um programa de capacitação on-line para toda a Organização sobre a conduta adequada no local de trabalho e lançaria uma campanha para enfatizar que os funcionários tinham o direito de se manifestar ao se depararem com uma situação no local de trabalho que levantasse questões éticas.

40. A campanha seria complementada por um curso de capacitação obrigatório on-line sobre a proteção de denunciadores e prevenção de represálias. O Escritório também pretendia empreender uma campanha mais ampla para minimizar os riscos dos conflitos de interesses que poderiam prejudicar a reputação da Organização. Além disso, realizaria uma pesquisa em toda a Organização sobre o clima ético e o ambiente de trabalho nas diferentes unidades, representações nos países e centros. O Código de Princípios Éticos e de Conduta da OPAS, vigente havia 11 anos, seria objeto de uma análise integral, e seriam feitos os ajustes necessários para acomodar as últimas práticas e tendências.

41. Na discussão que se seguiu, os delegados reconheceram a função valiosa do Escritório de Ética no fomento de uma cultura ética na Organização e elogiaram os esforços por executar um programa de capacitação on-line abrangente para os funcionários. A função de assessoria do Escritório foi considerada muito valiosa para promover a conduta ética e evitar conflitos de interesses. A intenção de realizar uma pesquisa sobre o clima ético foi acolhida favoravelmente, assim como o plano do Escritório de incluir nas suas atividades em 2017 a prevenção e o combate de fraudes.

---

<sup>1</sup> Salvo indicação em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

Foram solicitadas mais informações sobre como esses esforços seriam alinhados com as recomendações do relatório da JIU. A capacitação planejada sobre a proteção de denunciadores e a prevenção de represálias também foi aplaudida. Ressaltou-se que todas as queixas e alegações de violações da ética em todos os escritórios deveriam ser investigadas.

42. O Sr. MacMillan, em resposta a uma pergunta, confirmou que o programa de capacitação on-line seria obrigatório para todo o pessoal e seria repetido a cada três ou quatro meses. O Escritório pretendia ampliar a capacitação para oferecê-la a consultores, pessoal contratado localmente, terceirizados e outros que trabalhassem para a Organização sem fazer parte do quadro de funcionários. Todos os contratados pela OPAS estariam sujeitos a seu Código de Princípios Éticos e de Conduta. Havia a necessidade de garantir a inclusão de disposições específicas nos contratos sobre o comportamento esperado das pessoas que trabalhavam para a Organização.

43. Em sua opinião, havia uma subnotificação das fraudes em todo o sistema das Nações Unidas. Como a principal forma de identificar fraudes e faltas graves era por meio das denúncias do pessoal, era necessário assegurar que os funcionários estivessem a par dos diversos meios de notificação e deixar claro que não haveria nenhuma represália contra quem prestasse informações a respeito de fraude ou corrupção. Essas informações seriam incluídas no novo treinamento sobre a detecção e prevenção de fraudes. O Sr. MacMillan observou que todos os documentos no website do Escritório estavam disponíveis nos quatro idiomas oficiais da OPAS para que todo o pessoal pudesse entender claramente suas opções para relatar suas preocupações e seus direitos referentes ao devido processo caso fosse objeto de uma investigação.

44. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) explicou que a Repartição tinha o interesse claro de manter a transparência e prevenir a fraude e a corrupção, motivo pelo qual seguia a política de tolerância zero. A RSPA continuaria enfatizando a responsabilidade de todos de manter um comportamento ético no local de trabalho e de agir com transparência e responsabilidade nas suas atividades diárias.

45. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS (documento CE160/9, Rev 1.)***

46. O Sr. John Fox (Presidente do Comitê de Auditoria da OPAS) apresentou o relatório do Comitê de Auditoria, destacando alguns dos temas discutidos nas reuniões desse comitê em outubro de 2016 e abril de 2017. Relatou que os membros do Comitê haviam ficado impressionados com o progresso feito no projeto do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS, na sigla em inglês), e que havia sido observado que a implementação de sistemas semelhantes em outras organizações costumava ser desastrosa. O projeto do PMIS, em contrapartida, havia sido concluído pontualmente e ficado dentro do orçamento. O Comitê de Auditoria havia recomendado a elaboração de um relatório sobre a implementação e o uso do PMIS após um biênio completo de uso. O Comitê estava particularmente interessado em como o desenvolvimento do PMIS melhoraria as

capacidades da Repartição com referência ao controle interno e ao funcionamento do processo de programa e orçamento.

47. Recordou em seguida que o Comitê de Auditoria havia salientado anteriormente a necessidade de aprovar formalmente um plano de auditoria interna e observou que uma análise recente das atividades de auditoria do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES, na sigla em inglês) por parte dos especialistas em qualidade do Instituto Internacional de Auditores (IIA, na sigla em inglês) havia revelado uma conformidade parcial com as normas internacionais. Esse resultado não deveria ser interpretado como uma crítica ao IES, mas sim como reflexo do fato de que o plano de auditoria interna aprovado pela direção executiva em 2002 nunca havia sido aprovado pelos Estados Membros por intermédio do Comitê Executivo ou do Conselho Diretor.

48. A respeito do Escritório de Ética, afirmou que o Comitê de Auditoria estava cada vez mais preocupado com a possibilidade de um conflito de interesses nesse escritório em decorrência da acumulação das funções de zelar pela ética e investigar. Essa situação poderia comprometer a imparcialidade exigida nas investigações profissionais e poderia reduzir o tempo disponível ao Escritório para abordar questões éticas importantes. No ano anterior, por recomendação do Comitê de Auditoria, a Diretora havia providenciado uma avaliação independente a esse respeito por parte de um perito externo. O relatório dessa análise havia defendido firmemente a separação completa das investigações e do Escritório de Ética, para permitir que este se concentrasse em sua função de zelar pela ética e para assegurar a objetividade exigida para o desempenho profissional da função de investigação.

49. O Comitê de Auditoria estava satisfeito com os relatos da crescente eficácia do projeto *Mais Médicos*. Suas recomendações referentes ao projeto visavam assegurar que a Organização não se tornasse dependente dos custos extremamente altos do apoio a programas gerados por esse projeto, o qual constituía uma grande fonte de receitas, mas que acabaria em algum momento.

50. No tocante à auditoria externa, o Comitê de Auditoria observou que as demonstrações financeiras de 2016 e o relatório do Auditor Externo não haviam sido aprovados até o fim de abril. Em consequência, o Comitê de Auditoria não havia conseguido desempenhar a função essencial de examinar esses documentos e informar a respeito deles. Com relação aos controles internos, o Comitê de Auditoria havia recebido um projeto de procedimento operacional padrão sobre a conformidade, mas havia sido tarde demais para que fosse considerado por inteiro no ano corrente. Assim, seria considerado na reunião seguinte do Comitê, em outubro de 2017.

51. As prioridades do Comitê de Auditoria no ano seguinte seriam, em grande parte, o acompanhamento das questões levantadas no relatório, a saber, a garantia da independência das atividades de auditoria interna, o fortalecimento da cultura de avaliação na Repartição e o melhoramento contínuo da gestão de riscos institucionais. O Comitê também pretendia examinar o planejamento de programas e o processo orçamentário. Com respeito aos assuntos internos do Comitê, um tema foi a não renovação do mandato do

Sr. Nicholas Treen. O Comitê reconheceu plenamente que era prerrogativa dos Estados Membros decidir os membros do Comitê de Auditoria e entendia que a decisão de selecionar outro perito em vez de renovar o mandato do Sr. Treen não significava de maneira nenhuma uma falta de reconhecimento pelo excelente serviço por ele prestado. Porém, o Comitê também desejava ressaltar a importância da continuidade dos membros no Comitê como maneira de assegurar que a maioria dos membros do Comitê conhecesse o funcionamento da Organização.

52. Na discussão que se seguiu, os delegados agradeceram a contribuição do Comitê de Auditoria para o fortalecimento da governança, da transparência e da prestação de contas na Organização, incentivando a Repartição a implementar todas as recomendações do Comitê. Buscaram ainda esclarecer a recomendação de separar a função de zelar pela ética da função de investigação, solicitando mais informações sobre os resultados da avaliação independente do Escritório de Ética e sobre como as duas funções seriam estruturadas. Com respeito à nomeação dos membros do Comitê da Auditoria, a importância de manter a continuidade e o conhecimento institucional da Organização foi reconhecida e sugeriu-se a possibilidade de um processo diferente ou da aplicação de outros critérios ao considerar a reeleição de um membro. Também se sugeriu que o assunto fosse encaminhado ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração para que continuasse a ser considerado.

53. O Sr. Fox agradeceu o apoio do Comitê Executivo às recomendações do Comitê de Auditoria.

54. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que os custos do apoio a programas impostos a todas as contribuições voluntárias eram considerados financiamento flexível e confirmou que o projeto *Mais Médicos* havia-se tornado uma fonte significativa desse tipo de financiamento nos anos anteriores. Já se estava trabalhando para assegurar um perfil de financiamento diverso e sustentável para a Organização, pois existia, sem dúvida, a necessidade de levar em conta a conclusão do *Mais Médicos* e de implementar mecanismos para substituir essa fonte de financiamento nos anos futuros.

55. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA), esclareceu que o projeto de procedimento operacional padrão mencionado pelo Sr. Fox permitia a constante manutenção e a atualização eletrônica dos procedimentos padrão quando houvesse uma troca de sistemas. Também possibilitava o recebimento de comentários de todas as partes afetadas. A Organização aguardava com antecipação as perspectivas do Comitê de Auditoria sobre o documento em outubro.

56. A Diretora Adjunta recordou que haviam sido propostas três opções por meio do relatório da avaliação independente do Escritório de Ética. A primeira seria não fazer nenhuma mudança, a segunda consistiria em separar completamente a função de zelar pela ética e a função de investigar, e a terceira seria que o Escritório de Ética continuasse a exercer com uma função de guardião das investigações. Naquele momento, a Repartição estava examinando os possíveis formatos das três opções, inclusive detalhes como o

provimento de pessoal e os possíveis custos. Além disso, estava aproveitando a oportunidade de examinar a função de zelar pela ética como um todo na Organização e incorporar qualquer nova ideia relevante ao trabalho do Escritório de Ética. Esperava-se que a avaliação fosse finalizada, o mais tardar, em agosto ou setembro e que alguns resultados pudessem ser apresentados ao Comitê Executivo na sua sessão seguinte, em setembro.

57. A Diretora agradeceu ao Comitê de Auditoria, ao Auditor Externo e ao Diretor do IES a ajuda para tornar a Organização mais transparente e responsável. Agradeceu também aos Estados Membros a vigilância ao monitorarem se a Repartição estava pondo em prática as recomendações e observou que o principal mecanismo para fazê-lo eram as reuniões duas vezes ao ano com a direção executiva, que examinava cada recomendação, determinava o que precisava ser feito e fixava o prazo.

58. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

#### ***Nomeação de um membro do Comitê de Auditoria da OPAS (documento CE160/10)***

59. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) comunicou que o Subcomitê havia sido informado de que o mandato de um membro do Comitê de Auditoria terminaria em junho de 2017. Assim, o Comitê Executivo deveria nomear um novo membro do Comitê de Auditoria durante a 160ª Sessão. O Subcomitê havia estabelecido um grupo de trabalho para examinar a lista de candidatos proposta pela Diretora. O grupo de trabalho havia avaliado os cinco candidatos com base nos critérios de nomeação dispostos na seção 4 dos termos de referência do Comitê de Auditoria e havia decidido recomendar a nomeação da Sra. Kumiko Matsuura-Mueller para integrar o Comitê de Auditoria. O Subcomitê havia endossado a recomendação do grupo de trabalho.

60. O Comitê Executivo endossou a recomendação do Subcomitê, e vários delegados expressaram seu agradecimento ao Sr. Nicholas Treen por seus serviços no Comitê de Auditoria.

61. O Comitê Executivo adotou a resolução CE160.R3, agradecendo ao Sr. Nicholas Treen seus anos de serviço no Comitê da Auditoria da OPAS e nomeando a Sra. Kumiko Matsuura-Mueller membro do Comitê da Auditoria da OPAS por um período de três anos, de junho de 2017 a junho de 2020.

#### **Assuntos relativos à política dos programas**

#### ***Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019: Proposta de modificações (documentos CE160/11 e Add. I)***

62. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado as modificações propostas para o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, cuja intenção era harmonizar esse

Plano Estratégico com as mudanças na estrutura de programas e resultados da OMS, além de incorporar novas prioridades para a Região. O Subcomitê havia sido informado de que o número de áreas programáticas aumentaria de 30 para 34 e de que a categoria 5 havia sido reestruturada de acordo com o novo programa de emergências de saúde da OMS. Ademais, os programas sobre a inocuidade dos alimentos e resistência aos antimicrobianos foram transferidos da categoria 5 para a categoria 1. A resistência aos antimicrobianos foi estabelecida como uma nova área programática e a hepatite viral foi incorporada à categoria 1.

63. O Subcomitê havia manifestado seu apoio às emendas propostas, acolhendo especialmente a maior ênfase à resistência aos antimicrobianos e à inocuidade dos alimentos. A harmonização da categoria 5 com o Programa de Emergências de Saúde da OMS também havia sido acolhida favoravelmente. Com respeito à resistência aos antimicrobianos, a necessidade de formular e pôr em prática planos de ação nacionais em conformidade com o plano de ação mundial da OMS para a resistência aos antimicrobianos havia sido enfatizada, e várias outras modificações haviam sido propostas com vistas a destacar a importância fundamental da ação no nível nacional. Foi observado que o alcance da categoria 5 havia sido reduzido de modo a concentrar-se no fortalecimento das capacidades apenas no setor da saúde. Dada a reconhecida importância da ação de outros setores na prontidão e resposta em situações de emergência, a Repartição tinha sido incentivada vivamente a retirar a referência ao setor da saúde.

64. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) resumiu as modificações propostas, as quais se encontravam enumeradas na Tabela 2 do documento CE160/11. Algumas se tratavam de acréscimos, outras de mudanças na localização do texto dentro do documento, refletindo a transferência de algumas áreas programáticas para categorias diferentes. As atualizações da estrutura de estratificação das prioridades programáticas, de acordo com a metodologia de Hanlon refinada pela OPAS, aprovadas pelo 55º Conselho Diretor,<sup>2</sup> foram levadas em consideração na redação das modificações propostas, assim como os resultados dos exercícios de priorização realizados nos Estados Membros. Ele observou que outros 11 países haviam realizado esses exercícios desde a sessão de março do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

65. O documento havia sido revisado para incorporar as sugestões formuladas pelo Subcomitê ou apresentadas pelos Estados Membros. Desse modo, a referência à definição do componente de iniquidade do método OPAS-Hanlon havia sido atualizada, e o alcance da categoria 5 havia sido expandido de modo a estender a capacitação para além do setor da saúde, devido à necessidade de um enfoque multissetorial. A área programática referente à redução do risco de desastres, uma prioridade específica para as Américas, havia sido mantida nessa categoria. Havia sido incorporadas linhas de base e metas para os indicadores dos resultados intermediários da hepatite viral e da resistência aos antimicrobianos. Alguns indicadores de resultados intermediários, sobretudo na categoria 5, ainda careciam de linhas de base e metas, as quais estavam sendo validadas

---

<sup>2</sup> Ver o documento CD55/7 e a resolução CD55.R2 (2016).

pelo pessoal técnico e seriam incorporadas ao documento a ser apresentado à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. O Plano Estratégico incorporou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) em todas as categorias e áreas programáticas.

66. Referindo-se ao relatório final sobre o Plano Regional Decenal sobre Saúde Bucodental para as Américas (ver parágrafos 268 a 274 abaixo), observou que, considerando o progresso na Região e a maior capacidade dos Estados Membros de atender as necessidades de saúde bucal, havia ficado decidido que a saúde bucal poderia ser integrada à categoria 2 (doenças não transmissíveis e fatores de risco), categoria 3 (determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida) e categoria 4 (sistemas de saúde — especificamente a área programática 4.2, serviços de saúde integrados, centrados nas pessoas e de boa qualidade).

67. O Comitê Executivo acolheu favoravelmente as modificações propostas e o melhor alinhamento programático com a OMS. A harmonização da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS, em particular, foi aplaudida. As modificações foram consideradas necessárias para refletir prioridades novas e emergentes, como a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde. O Comitê também sentiu que a agenda modificada refletia com exatidão as prioridades regionais específicas identificadas por meio do uso da metodologia OPAS-Hanlon. Os delegados expressaram apoio às propostas de acrescentar a resistência aos antimicrobianos como uma nova área programática sob a categoria 1 e de transferir a inocuidade dos alimentos para essa mesma categoria; vários deles comentaram, inclusive, que essas áreas eram prioridades de seus países. A prevenção e o controle de doenças não transmissíveis também foram identificados como uma área de alta prioridade. Manifestou-se apoio ao fortalecimento e à racionalização da função de liderança e governança da OPAS a fim de assegurar que a cooperação técnica estivesse de acordo com as ações contempladas para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

68. Com respeito à resistência aos antimicrobianos, foi salientada a necessidade de elaborar e pôr em prática planos de ação nacionais alinhados com o plano de ação mundial da OMS para a resistência aos antimicrobianos. Sugeriu-se que o indicador referente à resistência aos antimicrobianos poderia ser fortalecido, observando-se que a capacidade de vigilância de um país deve estar de acordo com o sistema mundial da OMS de vigilância da resistência aos antimicrobianos (GLASS, na sigla em inglês). Os delegados ficaram satisfeitos com a expansão do alcance da categoria 5 para refletir a necessidade de um enfoque multissetorial para a prontidão e a resposta a situações de emergência e acolheram favoravelmente a ênfase no aumento da capacidade dos países nessa área. Sugeriu-se que o indicador 5.5 dessa categoria fosse reformulado, pois parecia pretender medir o financiamento dos serviços de emergência essenciais em vez da existência ou eficácia de tais serviços.

69. Enfatizou-se que a implementação do Plano Estratégico só teria êxito se houvesse esforços conjuntos da Repartição e dos Estados Membros. A necessidade de contar com métodos eficazes de avaliação e monitoramento foi salientada, e uma delegada observou que esses métodos deveriam ser descritos no documento do Plano Estratégico.

Vários delegados pediram esclarecimentos a respeito da redistribuição dos recursos orçamentários para traduzir as mudanças nas prioridades e áreas programáticas. Uma delegada, observando que permaneciam lacunas e desigualdades consideráveis na área da saúde bucal, também solicitou esclarecimento a respeito dos recursos a serem destinados a essa área.

70. O Sr. Chambliss explicou que não havia nenhuma mudança nas alocações orçamentárias para o biênio corrente. No entanto, os Estados Membros perceberiam as mudanças de prioridade no programa e orçamento proposto para 2018-2019 (ver os parágrafos de 74 a 87 abaixo). A Repartição havia tomado nota das observações sobre os indicadores referentes à resistência aos antimicrobianos e aos serviços de emergência essenciais e exploraria a melhor forma de abordar as questões levantadas.

71. A Diretora afirmou que o Plano Estratégico, bem como todos os planos de ação da Organização, deveriam ser documentos vivos, sempre em evolução, e poderiam ser modificados para dar conta de novas prioridades e novas descobertas científicas. Manifestou seu agradecimento aos Estados Membros pelo compromisso assumido com a responsabilidade conjunta referente ao planejamento e aos resultados e reconheceu a necessidade de uma liderança vigorosa por parte da Repartição. O enfoque de baixo para cima para o planejamento e a implementação funcionou bem na Região, e algumas das metodologias desenvolvidas na Região — sobretudo o método OPAS-Hanlon — constituíram boas práticas e haviam sido partilhadas com a OMS.

72. Ela observou que os Estados Membros continuaram convocando a Repartição a se encarregar de muitas atividades, mas ela também gostaria de ouvir suas opiniões sobre o que não deveria ser feito ou em que áreas as atividades de cooperação técnica deveriam ser reduzidas. Na área da saúde bucal, por exemplo, se os Estados Membros desejassem que a Repartição fizesse mais do que já estava fazendo por meio do enfoque integrado descrito pelo Sr. Chambliss, eles precisariam decidir em que áreas deveria ser feito menos.

73. O Comitê adotou a resolução CE160.R6, recomendando que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse as emendas propostas ao Plano Estratégico 2014-2019.

***Projeto do programa e orçamento da OPAS 2018-2019 (documentos CE160/12, Add. I e Add. II, Rev. 1)***

74. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado uma versão preliminar do projeto de programa e orçamento 2018-2019, que pela primeira vez havia sido apresentado ao Subcomitê como um programa e orçamento preliminar completo, em vez de um esboço. O Subcomitê havia sido informado de que o programa e orçamento cresceriam em certa medida, sendo boa parte desse crescimento direcionada a programas específicos e à resposta a surtos e crises. No entanto, as contribuições fixas permaneceriam inalteradas em US\$ 210,6 milhões. O aumento seria financiado com um aumento esperado dos recursos da OMS destinados à Região.

75. O Subcomitê havia agradecido o trabalho da Repartição para assegurar a viabilidade do orçamento e aplaudido as medidas adotadas para aumentar a eficiência e fazer ajustes de acordo com a inflação para evitar um aumento das contribuições fixas dos Estados Membros. Havia-se manifestado preocupação a respeito da grande proporção do orçamento alocada à gestão e à administração na categoria 6, e se havia sugerido que talvez alguns desses recursos fossem redistribuídos para áreas de alta prioridade, como a de doenças não transmissíveis e de emergências de saúde. Os delegados também haviam expressado preocupação com as reduções em diversas áreas programáticas, inclusive a de saúde da mulher e da criança, prontidão para situações de emergência e o Regulamento Sanitário Internacional (2005).

76. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) destacou os principais aspectos do projeto de programa e orçamento para 2018-2019 — o último biênio do período coberto pelo Plano Estratégico 2014-2019. Observou que o projeto incorporava lições extraídas nos dois biênios anteriores e incluía, pela primeira vez, um capítulo sobre os riscos e a gestão de riscos. O projeto refletia um exercício de cálculo de custos de baixo para cima, realizado no âmbito nacional e em cada unidade na sede da OPAS. Também incorporava os resultados da estratificação das prioridades feita pelos Estados Membros e abordava diversos mandatos regionais e mundiais, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

77. O projeto havia sido modificado desde a sessão de março do Subcomitê para levar em consideração uma redução de US\$ 1,5 milhão na dotação esperada da OMS, motivo pelo qual o orçamento dos programas de base havia sido reduzido de US\$ 621,1 milhões para US\$ 619,6 milhões. Também havia sido modificado para refletir as sugestões feitas pelo Subcomitê. Especificamente, US\$ 11,7 milhões haviam sido transferidos da categoria 6 para diversas categorias técnicas, em parte devido à maior eficiência administrativa e operacional. Além disso, a Repartição havia examinado as rubricas da categoria 6 da OPAS e as da mesma categoria na OMS, e havia decidido adotar a prática da OMS de orçar os gastos com investimentos de capital fora do programa e orçamento. Alguns custos de tecnologia da informação também haviam sido transferidos.

78. Os orçamentos no nível nacional, indisponíveis em março, foram somados ao projeto de programa e orçamento. Além disso, os outros resultados dos exercícios de priorização nacionais haviam sido incluídos e publicados na Tabela 4 do documento CE160/12. Os níveis mais altos correspondiam às áreas programáticas que os Estados Membros como um todo esperavam ver enfatizadas durante o biênio. No entanto, o fato de uma área programática estar em um nível mais baixo não significava que seria menos importante ou que a RSPA interromperia a cooperação técnica nessa área. Alguns resultados programáticos foram revisados de modo a se alinharem com a versão do orçamento para programas da OMS aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. Entre as áreas de importância específica em 2018-2019 estavam o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde, a saúde materno-infantil, as doenças não transmissíveis e fatores de risco, as emergências de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005), as doenças transmitidas por vetores e a eliminação das doenças

tropicais negligenciadas prioritárias, a resistência aos antimicrobianos e os sistemas de informação em saúde.

79. O orçamento geral total aumentaria em US\$ 27,8 milhões e a totalidade do aumento para os programas de base seria proveniente do aumento da dotação da OMS para a Região. Todas as categorias técnicas receberiam aumentos; os maiores seriam na categoria 4 (sistemas de saúde) e na categoria 5 (emergências de saúde). As contribuições fixas dos Estados Membros não aumentariam. A dotação da OMS para a Região subiria de US\$ 178,1 milhões para US\$ 190,1 milhões. No entanto, a Repartição não esperava receber toda o montante orçado. Em biênios recentes, apenas cerca de 80% havia sido recebido, e se calculava uma porcentagem semelhante para 2018-2019.

80. O Comitê Executivo acolheu com satisfação a harmonização do programa e orçamento com o orçamento por programas da OMS, o Plano Estratégico da OPAS e as prioridades definidas por meio dos exercícios de estratificação das prioridades realizados no âmbito nacional. O Comitê também elogiou os esforços da Repartição para controlar custos e aumentar a eficiência, a fim de evitar qualquer aumento das contribuições fixas dos Estados Membros. A Repartição foi incentivada a continuar seu trabalho de redução de gastos com administração, operações e viagens. Também foi instada a continuar a buscar uma ampliação da base de doadores da Organização e arrecadar recursos voluntários flexíveis que pudessem ser usados nas atividades das áreas programáticas identificadas como de alta prioridade. Solicitaram-se informações mais detalhadas a respeito da proposta da Repartição de criar um fundo com as contribuições voluntárias flexíveis e de organizar uma conferência com os parceiros de financiamento.

81. Os delegados agradeceram o empenho da Repartição no sentido de reduzir a alocação para a categoria 6, mas observaram que esta continuava a ser a maior categoria em termos de dotação de recursos. Pediu-se que a Repartição esclarecesse se a redução dessa categoria havia sido realmente uma redução ou apenas uma transferência de recursos de uma categoria para outra. Vários delegados também observaram que as alocações para algumas áreas identificadas como de alta prioridade pelos Estados Membros continuavam relativamente baixas ou haviam sido reduzidas para o biênio corrente, inclusive as áreas de doenças não transmissíveis, doenças imunopreveníveis, prontidão dos países para situações de emergência de saúde, Regulamento Sanitário Internacional (2005) e saúde da mãe, do recém-nascido e da criança. Pediu-se que a Repartição explicasse que atividades não poderiam ser realizadas nessas áreas em decorrência das reduções. Embora se tenha reconhecido que o corte na área da saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva não era tão vultoso como na proposta apresentada ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, observou-se que seriam necessários recursos suficientes para alcançar as metas fixadas para essa área tanto em conformidade com os ODS como com a nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas.

82. O Sr. Chambliss explicou que as dotações orçamentárias haviam sido resultado de um minucioso exercício de determinação de custos realizado por todas as unidades da RSPA, usando-se o enfoque de baixo para cima, e que correspondiam também à decisão de

mudar de uma abordagem ambiciosa do orçamento para uma realista. Na área programática 3.1 (saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva), por exemplo, historicamente havia sido difícil financiar toda a dotação orçamentária. Nos dois últimos biênios, o espaço de orçamento para a área programática 3.1 nem sequer chegava perto de seu pleno financiamento. Em 2014-2015, a dotação orçamentária havia sido de US\$ 42,7 milhões, mas o financiamento efetivamente recebido havia totalizado US\$ 26 milhões. Para 2016-2017, a dotação havia sido fixada em US\$ 44,8 milhões, mas somente cerca de US\$ 32,6 milhões do financiamento havia sido arrecadado até aquele momento. Embora a dotação para essa área em 2018-2019 tivesse sido reduzida em US\$ 2,2 milhões com relação a 2016-2017, permanecia uma das maiores do orçamento. Além disso, o gasto efetivo nessa área poderia ser superior ao orçado se o montante de financiamento recebido superasse o previsto.

83. O fundo flexível de contribuições voluntárias proposto não constituiria um novo fluxo separado de financiamento. Antes, seria um mecanismo que permitiria aos Estados Membros oferecer contribuições voluntárias que não se destinariam a uma finalidade específica, de forma semelhante às contribuições voluntárias básicas da OMS. O fundo seria administrado da mesma maneira que o restante do financiamento flexível recebido.

84. A categoria 6 havia sido reduzida em US\$ 11,7 milhões em relação ao projeto apresentado ao Subcomitê, e em US\$ 12,4 milhões em relação à dotação orçamentária de 2016-2017. Essas reduções resultaram tanto da transferência de alguns gastos para fora do programa e orçamento como da economia obtida com a maior eficiência relacionada, sobretudo, à implementação do PMIS, e também à diminuição dos gastos de viagem e de outros gastos. Dos recursos subtraídos da categoria 6, US\$ 5,5 milhões haviam sido realocados para a categoria 1, para as doenças transmitidas por vetores e a resistência aos antimicrobianos; US\$ 1 milhão foram remanejados para a categoria 2, para as doenças não transmissíveis e fatores de risco; US\$ 0,5 milhão fora transferido para a categoria 3, para a saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva; US\$ 2 milhões foram redirecionados para a categoria 4, para os sistemas e serviços de saúde, e US\$ 2,7 milhões foram para a categoria 5, para as atividades relacionadas com as emergências de saúde e o Regulamento Sanitário Internacional (2005).

85. A Diretora Adjunta informou que havia um diálogo planejado com os parceiros de financiamento para o final de 2017. A Repartição avisaria aos Estados Membros assim que a data fosse definida.

86. A Diretora manifestou sua gratidão aos Estados Membros pela ajuda oferecida à Repartição para definir as prioridades e elaborar um projeto de programa e orçamento para o biênio seguinte. No entanto, era preciso lembrar que os valores apresentados no projeto representavam “espaço orçamentário” e não dinheiro efetivo, e que o financiamento poderia ser redirecionado quando os recursos estivessem disponíveis. A Dra. Etienne também se preocupava com a categoria 3. No entanto, como o Sr. Chambliss havia mencionado, o orçamento dessa categoria fora superdimensionado consideravelmente no passado. As cifras constantes da proposta de 2017-2018 representavam uma tentativa de

reduzir o orçamento a um nível mais realista. No entanto, a Repartição estava esforçando-se para assegurar recursos suficientes disponíveis para as áreas consideradas de alta prioridade. Por exemplo, havia decidido pôr um profissional de nível P4 à disposição de cada um dos 10 países com mortalidade materna mais elevada.

87. O Comitê adotou a resolução CE160.R8, com a recomendação de que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse o projeto de programa e orçamento, bem como a resolução CE160.R9, em que se determinavam as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS, de acordo com a escala de cotas de transição aprovada pela Organização dos Estados Americanos para 2018 (ver os parágrafos de 88 a 93 abaixo).

***Nova escala de contribuições fixas (documentos CE160/13, Rev.1 e Add. I, Rev. 1)***

88. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou o tema, observando que uma decisão recente adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) havia resultado em algumas mudanças na nova escala de contribuições fixas proposta, as quais haviam sido incorporadas a uma versão revisada do documento de trabalho sobre o tema (documento CE160/13, Rev. 1). Observou que a escala corrente de contribuições da OEA cobria o período 2016-2017. Em 29 de março de 2017, a Secretaria-Geral da OEA havia apresentado à Comissão de Assuntos Administrativos e Orçamentários uma proposta para a nova escala correspondente ao período 2018-2020, mas esta não havia sido aprovada. Em contrapartida, solicitou-se à Comissão que reduzisse a cota de contribuição máxima (59,47% correspondente aos Estados Unidos) e apresentasse várias opções, levando em consideração a capacidade de pagamento dos Estados Membros. Havia-se estabelecido um grupo de trabalho para avaliar várias opções, tanto para a escala de contribuições como para os cenários de execução. As recomendações do grupo de trabalho seriam apresentadas à Assembleia Geral da OEA no período extraordinário de sessões a ser realizado em outubro de 2017.

89. Nesse ínterim, a OEA havia decidido adotar uma escala provisória a ser aplicada somente em 2018. Portanto, propôs-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana também adotasse a escala provisória para 2018. Após ser adotada em outubro de 2017, a nova escala da OEA para 2018-2020 seria apresentada ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, em março de 2018.

90. O Delegado do México, na qualidade de presidente do grupo de trabalho da Comissão de Assuntos Administrativos e Orçamentários da OEA, encarregado da revisão da escala de contribuições, esclareceu que a nova escala para 2018-2020 havia sido, na realidade, aprovada. Porém, havia sido aprovada também uma resolução<sup>3</sup> requerendo a revisão do sistema de cotas corrente, com vistas a reduzir gradualmente a cota do maior contribuinte ao longo de cinco anos, ao mesmo tempo em que se modificariam as contribuições dos Estados Membros de menor cota, de modo a equilibrar a escala. Também seria revisada uma regra estipulando que a cota percentual atribuída a cada

---

<sup>3</sup> AG/RES.2911 (XLVII-O/17).

Estado membro não aumentaria nem diminuiria mais de 25% de um triênio para o outro. A escala a ser aplicada em 2018 seria, portanto, uma escala de transição, enquanto a escala definitiva para o restante do período 2018-2020 seria adotada em outubro de 2017.

91. Outros delegados sublinharam a natureza transitória da escala de cotas para 2018 e observaram que seus governos estavam acompanhando com atenção as consultas em curso sobre a nova escala no âmbito da OEA. Insistiu-se que a redução da cota do maior contribuinte não deveria ser compensada por um aumento equivalente nas contribuições dos menores, pois isso poderia gerar dificuldades econômicas para estes países, prejudicando sua capacidade de cumprir suas obrigações financeiras perante a Organização e de participar em pé de igualdade com outros Estados. Também se observou que, embora o setor da saúde não estivesse diretamente envolvido nas negociações sobre a nova escala, os orçamentos desse setor poderiam ser afetados negativamente pelo resultado das discussões.

92. A Diretora afirmou que a Repartição certamente não desejava criar dificuldades econômicas para nenhum Membro, mas a OPAS era obrigada a adotar e a aplicar a escala de cotas da OEA.

93. O Comitê adotou a resolução CE160.R.7, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse a escala de transição proposta para as contribuições fixas correspondentes a 2018.

***Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (documentos CE160/14, Rev. 1 e Add. I)***

94. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que havia sido apresentado um relatório ao Subcomitê sobre a elaboração da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030, que substituiria a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 vigente. O Subcomitê também havia sido informado de que a agenda estava sendo elaborada por um grupo de trabalho composto de representantes de 16 países e presidido pelo Equador.

95. O Subcomitê havia manifestado apoio ao esquema proposto para a agenda. Foi considerado importante enfatizar os determinantes sociais e ambientais da saúde, bem como o fortalecimento dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, havia-se observado que o principal foco da agenda deveria ser melhorar a saúde das pessoas, não as estruturas ou os sistemas. O enfoque baseado em direitos proposto foi recebido favoravelmente, mas se instou que o grupo de trabalho usasse uma redação compatível com os textos previamente acordados com relação aos diversos direitos. Também foi recebida favoravelmente a tentativa de alinhar a nova agenda de saúde e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

96. A Dra. María Verónica Espinosa Serrano (Equador, Presidente do Grupo de Trabalho dos Países) resumiu o conteúdo do projeto de Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e descreveu seu processo de elaboração, observando que, após a

sessão de março do Subcomitê, o Grupo de Trabalho dos Países havia-se reunido no Equador e enviado uma versão preliminar da Agenda a todos os Estados Membros a fim de que apresentassem suas observações. A Agenda também havia sido apresentada em um evento paralelo realizado durante a 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017. O Grupo de Trabalho dos Países compreendia 16 Estados Membros representando todas as sub-regiões das Américas. Até aquele momento, haviam-se realizado duas sessões presenciais e seis sessões virtuais, e haveria ainda uma terceira sessão presencial em julho para incorporar as recomendações recebidas do Comitê Executivo e de outras consultas com os Estados Membros. A Agenda seria posteriormente submetida à aprovação da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

97. A Agenda pretendia ser um apelo à adoção de medidas coletivas para alcançar o mais alto padrão possível de saúde e bem-estar na Região, traduzindo a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, assim como na agenda inconclusa dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017. Ao formular as metas para o cumprimento dos ODS nas Américas, o Grupo havia levado em consideração o contexto regional, as contribuições recebidas de programas técnicos da RSPA e as informações disponíveis nos documentos de política e nas estratégias e planos de ação regionais da Organização. Também havia levado em consideração a avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas vigente. A Agenda estabelecia 11 objetivos e mais de 150 metas que ajudariam a orientar as estratégias e as intervenções de saúde nos países da Região nos próximos 13 anos. Seria implementada por meio das estratégias e planos da OPAS, bem como dos planos adotados no âmbito sub-regional e nacional. Os mecanismos existentes de avaliação e de monitoramento seriam usados na medida do possível para evitar a duplicação de esforços e reduzir a carga de trabalho relacionada à apresentação de relatórios aos Estados Membros.

98. A Dra. Espinosa Serrano agradeceu aos membros do Grupo de Trabalho dos Países e a todos os países que haviam proporcionado informações para o trabalho do Grupo na Agenda, demonstrando o compromisso dos governos da Região com a transformação de declarações de políticas em ações e resultados concretos para os povos das Américas.

99. O Comitê Executivo elogiou o empenho do Grupo de Trabalho dos Países e agradeceu a sua Presidência, Equador, e a suas duas Vice-Presidências, Barbados e Panamá. O Comitê também agradeceu à Repartição seu apoio ao trabalho do Grupo. O processo participativo de elaboração da Agenda foi percebido como um excelente exemplo de cooperação e pan-americanismo. Os delegados concordaram que a Agenda deveria servir de instrumento estratégico, proporcionando direção e visão política para o desenvolvimento da saúde na Região pelos 13 anos seguintes, e que isso deveria orientar a formulação de Planos Estratégicos da OPAS e a elaboração de planos nos âmbitos sub-regionais e nacionais.

100. Os delegados acolheram com satisfação a harmonização da Agenda com o Plano Estratégico da OPAS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. A incorporação das lições extraídas com a execução da Agenda de Saúde para as Américas

2008-2017 e o trabalho no sentido dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio também foi acolhida favoravelmente. Os delegados aplaudiram a ênfase da Agenda na coordenação intersetorial e seu apelo à aplicação, durante a execução, de uma abordagem que abarque a totalidade do governo e da sociedade. Manifestaram também apoio ao objetivo 6 da Agenda (fortalecer os sistemas de informação em saúde para apoiar a formulação de políticas e a tomada de decisão com base em evidências científicas).

101. Várias preocupações foram aventadas com relação às metas e aos objetivos propostos na Agenda. Um delegado opinou que a inclusão de metas específicas poderia diminuir a eficácia da Agenda como apelo político à ação, já que as metas talvez tivessem de ser modificadas com o passar do tempo. Outra delegada observou, porém, que havia sido extremamente difícil realizar a avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas vigente precisamente porque faltaram metas específicas para medir o progresso. Uma terceira delegada solicitou que o Grupo de Trabalho dos Países apresentasse informações sobre o método usado para estabelecer as metas da Agenda, algumas das quais eram significativamente mais ambiciosas que as metas dos respectivos ODS, refletindo o fato de que, em algumas áreas, a Região estava mais avançada do que outras regiões do mundo.

102. Observou-se que, embora os instrumentos da OPAS existentes normalmente especificassem um determinado número de países que alcançariam as metas, a Agenda instava todos os países a alcançá-las, o que poderia ser considerado problemático para alguns. A fim de facilitar a aceitação da Agenda, foi sugerido que sua declaração de visão deixasse claro que seu intuito era ser um documento de política ambicioso e visionário. Também se sugeriu que meta a 2.1 contivesse uma referência específica ao acesso a contraceptivos e a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva, incentivando a Repartição a assegurar que a apresentação de relatórios sobre a Agenda previsse avaliações do acesso a esses serviços, o que seria decisivo para reduzir a taxa de mortalidade materna regional.

103. Dois delegados manifestaram que, tendo em vista que a Agenda seria adotada por meio de uma resolução da Conferência Sanitária Pan-Americana, não seria necessário que as autoridades sanitárias firmassem uma declaração de compromisso em outra cerimônia de assinatura, como ocorreu no lançamento da Agenda de Saúde para as Américas vigente. Recordaram que o prefácio desta última continha uma declaração de intenções, não uma declaração de compromisso, sugerindo que se fizesse o mesmo no caso da Agenda de Saúde Sustentável.

104. A Dra. Espinosa Serrano destacou que, graças à ampla participação dos Estados Membros em seu processo de elaboração, a Agenda ecoava a voz de todos. O Grupo de Trabalho dos Países havia tido o cuidado de escutar as perspectivas de todos os Estados e redigir a Agenda de maneira a dar a devida atenção tanto aos objetivos compartilhados como às questões de importância especial para cada país. Uma das principais preocupações do Grupo de Trabalho dos Países havia sido a de assegurar que a Agenda fosse uma ferramenta útil para facilitar o trabalho no âmbito sub-regional e nacional.

105. A questão da inclusão de metas quantificáveis havia sido tema de muitos debates no Grupo de Trabalho dos Países, o qual tinha concluído que tais metas eram indispensáveis para medir o progresso e determinar se a execução das políticas de saúde estava produzindo os resultados desejados. Além disso, a medição dos resultados seria a única maneira real de avaliar o grau de compromisso dos países com as prioridades estabelecidas por eles. A doutora concordou que era importante que todos os Estados Membros compreendessem como as metas haviam sido formuladas e prometeu fazer o possível para que as informações sobre os métodos técnicos fossem divulgadas. A esse respeito, acreditava ser importante contar com uma declaração de compromisso para acompanhar a Agenda, em vez de uma mera declaração de intenções. Para que as intenções produzissem resultados concretos, deveriam fundamentar-se no firme compromisso político de adotar medidas coletivas para o bem comum.

106. A Diretora afirmou que a avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas vigente havia sido difícil porque haviam faltado metas e linhas de base. Essa avaliação também havia revelado que, embora a intenção houvesse sido que a Agenda de Saúde servisse como visão para fundamentar o trabalho nos âmbitos regional, sub-regional e nacional, isso não houvera ocorrido. A Agenda de Saúde Sustentável para as Américas se tornaria um mandato da OPAS uma vez aprovada pela Conferência Sanitária Pan-Americana, e a Repartição a consideraria como tal e estaria plenamente comprometida com sua execução. No entanto, a Dra. Etienne não tinha certeza se esse compromisso regional seria suficiente para garantir o compromisso necessário nos âmbitos nacional e sub-regional. Os Estados Membros poderiam fazer essa reflexão ao contemplar a possibilidade de outra cerimônia de assinatura.

107. O projeto de resolução constante do documento CE160/14, Add. 1, foi modificado para incorporar as perspectivas expressas no decorrer do debate e foi adotado como resolução CE160.R15, na qual se recomenda que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove a nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas.

#### ***Política sobre etnia e saúde (documento CE160/15)***

108. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) apresentou este tema, recordando que, desde a década de 90, a OPAS havia aprovado linhas de ação e apoiado intervenções envolvendo um enfoque intercultural para a saúde dos povos indígenas na Região. A política proposta no documento CE160/15 reconhecia a necessidade de expandir os esforços da Organização para atender as necessidades de outros grupos étnicos. Havia-se realizado consultas nacionais e regionais sobre o documento de política com os representantes dos ministérios da saúde e das organizações nacionais dos povos indígenas, afrodescendentes e roma. Um dos maiores desafios ao consenso sobre o documento havia sido o grande número de interessados diretos consultados.

109. A política proposta reconhecia que os países diferiam com respeito à composição étnica e aos critérios de identificação dos grupos étnicos. Havia sido concebida no âmbito da estrutura dos grandes consensos e iniciativas mundiais que reconheciam a necessidade

de garantir o respeito dos direitos individuais e, conforme o caso, dos coletivos, inclusive o direito de gozar do mais alto padrão possível de saúde, bem como a necessidade de reorientar os sistemas de saúde por meio de um enfoque intercultural. A Região dispunha de uma variedade de modelos interculturais de atenção primária à saúde que poderiam servir de referência.

110. A política se inscrevia no âmbito da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, que reconhecia a diversidade da Região e as diferentes necessidades de suas populações, exigindo enfoques socioculturais diferenciados para a melhoria da saúde. Também atendia o compromisso assumido com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável de não deixar ninguém para trás na busca pelo desenvolvimento sustentável. Esse compromisso coincidia com os compromissos regionais constantes da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde e do Plano de Ação sobre a Saúde em Todas as Políticas.<sup>4</sup> Também foram levados em consideração os instrumentos internacionais pertinentes aprovados pelos Estados Membros.

111. A RSPA se propôs a prestar cooperação técnica aos Estados Membros para a implementação das cinco linhas prioritárias de ação descritas no documento CE160/15. As atividades de cooperação técnica estariam orientadas para ajudar os países a fortalecerem a capacidade dos sistemas de saúde para abordar a etnia como um determinante social da saúde. Para facilitar a compreensão do complexo problema representado pela etnia e saúde, o documento continha um glossário com termos-chave.

112. O Comitê Executivo observou a relevância do documento de política, reconhecendo a importância de examinar a relação entre a etnia e as desigualdades em saúde, particularmente considerando a grande diversidade das populações em muitos países da Região. Os delegados descreveram suas atividades e os avanços obtidos nos níveis subnacional e nacional nessa área. Um delegado aplaudiu a inclusão específica dos roma no documento, observando que eram um grupo vulnerável raramente mencionado nos fóruns internacionais. Havia amplo consenso a respeito da necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde e reorientar os serviços de saúde por meio de um enfoque intercultural, enfatizando o respeito aos direitos individuais e coletivos. Diversos delegados reconheceram a discriminação experimentada pelos povos indígenas, afrodescendentes, roma e outros grupos étnicos, e enquadraram a questão diretamente no enfoque dos direitos humanos consagrados em uma ampla série de convenções e iniciativas internacionais. Vários delegados também citaram a necessidade de um enfoque transversal, de mais e melhores dados e do fortalecimento das instituições.

113. Embora houvesse apoio geral à política, o Comitê decidiu que o documento precisava ainda ser trabalhado. Vários delegados afirmaram que a medicina tradicional deveria ser considerada parte do sistema de saúde mais amplo e que deveriam ser estabelecidos vínculos entre os sistemas de saúde institucionais e indígenas. Vários delegados insistiram que o respeito às práticas de saúde e às visões de mundo dos grupos indígenas deveria ser instilado durante a formação dos profissionais da saúde.

---

<sup>4</sup> Ver documentos CD53/5, Rev. 2 (2014) e CD53/10, Rev.1 (2014).

114. Vários delegados solicitaram a inclusão de mais experiências nacionais no documento de política, bem como a harmonização da política com a *estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. A esse respeito, uma delegada observou que a estratégia da OMS não fazia referência aos conhecimentos ancestrais nem indicava a medicina tradicional ou complementar como base para a elaboração de políticas nacionais. A mesma delegada sugeriu a eliminação das referências a grupos étnicos específicos na política, usando apenas o termo genérico “etnias”. Em sua opinião, não era apropriado agrupar os povos indígenas, os afrodescendentes e os roma, pois suas necessidades e problemas eram distintos. Além disso, havia diferenças significativas dentro dos grupos e, dependendo do contexto nacional ou histórico, havia a possibilidade de alguns não se considerarem pertencentes a uma categoria vulnerável que enfrentava discriminação e exclusão. Outros delegados discordaram dessa opinião e defenderam que os grupos específicos deveriam ser mencionados, precisamente porque tinham histórias diferentes e enfrentavam desafios distintos.

115. Na discussão do projeto de resolução sobre esse tema (constante do documento CE160/15), vários delegados propuseram que o Comitê Executivo recomendasse que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana “apoiasse” a política, sem “adotá-la”. Uma delegada mencionou as incongruências no uso desses termos nas resoluções da OPAS e sugeriu que a terminologia fosse esclarecida.

116. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) explicou que, salvo alguns casos excepcionais, a prática na OPAS era “adotar” uma política ou estratégia e “aprovar” um plano de ação ou uma estratégia e um plano de ação combinados. Acrescentou que o Escritório dos Órgãos Diretores poderia produzir um glossário ou um guia terminológico em outra data para ajudar os delegados nas futuras discussões.

117. O Dr. de Francisco Serpa explicou que as consultas nacionais haviam revelado situações paralelas em termos de desigualdade e inclusão entre as populações indígenas, afrodescendentes e roma. Concordeu com a importância de considerar as diferentes visões de mundo das diversas etnias e observou que elas haviam sido levadas em consideração na política.

118. A Diretora ficou satisfeita com o fato de que os Estados Membros haviam reconhecido o caráter central da etnia na obtenção do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, bem como na consecução dos ODS e na garantia de que ninguém seria deixado para trás. Quando a resolução sobre o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde foi aprovada, restara claro que o essencial era alcançar as pessoas que até o momento não haviam sido alcançadas. Parte do problema era que muitos grupos étnicos haviam sido praticamente invisíveis nas sociedades e culturas dominantes, e as normas culturais deveriam, portanto, considerar se se desejava alcançar essas populações. A incapacidade dos profissionais da saúde de se comunicarem com os pacientes em seu idioma havia sido um impedimento, assim como o havia sido a falta de compreensão referente às percepções dos grupos étnicos sobre a saúde e à maneira como utilizavam a medicina tradicional e complementar para resolver os problemas de saúde.

119. Em conformidade com a ênfase da OPAS na abordagem centrada na pessoa, era indispensável identificar os problemas e as dificuldades e elaborar soluções, levando em consideração suas normas culturais. Ainda havia muito que aprender a respeito do trabalho com as populações indígenas na Região, e as experiências dos Estados Membros nesse sentido seriam um insumo valioso.

120. Os sistemas de informação em saúde eram fundamentais. Não raro, os nascimentos nos grupos étnicos deixavam de ser registrados em sistemas de estatísticas vitais, e os indivíduos cujos nascimentos não haviam sido registrados não tinham nenhum acesso aos benefícios como cidadão. Além disso, os membros dos grupos étnicos não costumavam ser incluídos nos censos, às vezes porque relutavam em informar seu grupo étnico por temerem a discriminação. Era essencial desagregar as informações sobre etnia nos sistemas de informação em saúde para fornecer uma melhor compreensão da situação dos grupos. As etnias não podiam ser consideradas como um grande grupo. Era fundamental distingui-las para compreender os problemas específicos de cada grupo e elaborar soluções adequadas. Nas populações de minoria étnica, caracterizadas pela desigualdade patente, o desempenho das variáveis socioeconômicas estava muito abaixo do previsto. Para alcançar os ODS e a cobertura universal de saúde, seria necessário prestar atenção especial a esses grupos.

121. Havia-se formado um grupo de trabalho para revisar a redação do documento e do projeto de resolução e incorporar as diversas modificações propostas durante a discussão. O Comitê Executivo adotou a resolução com as modificações do grupo de trabalho (resolução CE160.R11), e recomendou que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana adotasse a política sobre etnia e saúde.

***Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita 2018–2023 (documento CE160/16)***

122. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) apresentou este tema, observando que o plano de ação continha um roteiro detalhado, com linhas estratégicas de ação, objetivos e indicadores, que ajudaria a evitar o restabelecimento da transmissão endêmica dos vírus do sarampo e da rubéola em todos os países da Região. As Américas haviam sido a única região da OMS a ser declarada livre da rubéola (em 2015) e do sarampo (em 2016). No entanto, manter a Região livre dessas doenças continuaria a ser um desafio nos anos seguintes, já que os países enfrentavam o risco permanente dos casos importados.

123. Em conformidade com o plano de ação mundial de vacinação (GVAP, na sigla em inglês), as seis regiões da OMS haviam-se comprometido com a meta da eliminação do sarampo até 2020, e duas regiões haviam-se comprometido com a eliminação da rubéola até a mesma data. O progresso havia sido lento, no entanto, e nenhuma das metas fixadas para 2015 havia sido alcançada, exceto nas Américas. A análise intermediária do plano estratégico mundial contra o sarampo e a rubéola 2012-2020 da OMS havia programado uma avaliação em 2020 a fim de verificar se poderia ser fixada uma meta para a

erradicação das duas doenças, mas isso não poderia acontecer se as outras cinco regiões não alcançassem as metas de eliminação regionais.

124. O Plano de Ação, discutido amplamente nos grupos de trabalho com as autoridades nacionais responsáveis pelo controle do sarampo e da rubéola nos Estados Membros, propôs quatro linhas de ação com seus respectivos objetivos e indicadores, os quais constam do documento CE160/16. A Repartição apoiaria os países em suas atividades nessas quatro áreas.

125. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o plano de ação, observando que estava bem alinhado com a política existente sobre o tema. Havia consenso a respeito da urgência de manter a eliminação diante da possível importação de casos. Os delegados felicitaram a RSPA por sua liderança mundial na campanha de eliminação e mencionaram a função essencial do Programa Ampliado de Imunização e do Fundo Rotativo da OPAS nesse sentido. Ressaltou-se a importância dos quatro pilares do plano, salientando em particular a necessidade de haver vigilância epidemiológica e cobertura de vacinação permanentes. Vários delegados expressaram preocupação com relação à influência do movimento antivacinação e instaram que se realizassem campanhas de comunicação e educação para combater a relutância com a vacinação, pois, de acordo com uma delegada, as pessoas haviam esquecido o dano que o sarampo e a rubéola poderiam causar. Outra delegada manifestou seu agradecimento pela flexibilidade na redação desse item do projeto de resolução (constante do documento CE160/16), pois facilitaria sua execução nos Estados federativos, e solicitou uma redação semelhante no Plano de Ação.

126. Os delegados agradeceram o compromisso da RSPA com a resposta rápida aos surtos e afirmaram que, graças a essa dedicação, havia sido possível manter a eliminação do sarampo e da rubéola nas Américas. Quanto à viabilidade de fixar uma data para a erradicação mundial dessas doenças, as opiniões foram divergentes; um delegado opinou que seria prematuro fazê-lo, dada a falta de progresso nas outras cinco regiões da OMS. Solicitaram-se informações atualizadas a respeito dos resultados de uma reunião recente do grupo de trabalho da OMS sobre o sarampo e a rubéola, realizada em junho de 2017.

127. O Dr. de Francisco Serpa agradeceu aos Estados Membros o apoio ao Plano de Ação e o reconhecimento de que a eliminação do sarampo e da rubéola era um empreendimento regional, observando que a manutenção da eliminação exigiria enorme esforço, dada a falta de progresso nas outras regiões da OMS. A Região das Américas havia assumido a liderança frente a outras regiões e estava disposta a continuar desempenhando esse papel.

128. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Chefe, Unidade de Imunização Integral da Família, RSPA) informou que as deliberações durante a recente reunião da OMS haviam-se centrado na possibilidade de fixar uma data para a erradicação do sarampo. O relatório sobre o plano de ação mundial de vacinação, apresentado durante a 70ª Assembleia Mundial da Saúde indicava que, das seis regiões da OMS, a única que havia alcançado a meta da eliminação era a Região das Américas. O grupo de trabalho havia apelado a todos os países e todas as regiões que intensificassem os esforços para

cumprir o compromisso de eliminação e erradicação do sarampo. Não havia nenhuma data programada para a erradicação. Em 2020, as evidências seriam analisadas a fim de verificar a possibilidade de definição de uma data.

129. A Diretora afirmou que os Estados Membros demonstraram seu compromisso com a eliminação do sarampo e da rubéola ao contribuírem com recursos humanos e financeiros, além do tempo necessário, para esse feito. O desafio naquele momento era manter a eliminação. Embora, sem dúvida, houvesse riscos externos, havia também desafios no interior da própria Região. A relutância com a vacina era um deles, mas as recentes reduções da cobertura da vacina de sarampo/caxumba/rubéola eram ainda mais expressivas. A considerável variação da cobertura entre os municípios resultava em um grande número de pessoas suscetíveis que poderiam reativar a transmissão do sarampo. Para manter a eliminação, os Estados Membros teriam que se comprometer com uma alta cobertura da vacinação em todo o seu território.

130. O Comitê adotou a resolução CE160.R2, recomendando que a 29<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse o plano de ação.

***Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 (documento CE160/17, Rev. 2)***

131. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou o projeto de plano de ação, lembrando que o registro civil era um direito humano reconhecido e a base para o estabelecimento da identidade formal de cada indivíduo. Explicou que, todos os anos, aproximadamente 400 mil mortes não eram registradas nem notificadas na Região. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) havia calculado que cerca de 3,2 milhões de crianças com menos de 5 anos não haviam sido registradas. Era provável que essas crianças não registradas pertencessem às populações mais vulneráveis da Região e mais necessitadas de acesso aos serviços de saúde.

132. A Região havia obtido grandes avanços rumo à consecução das metas estabelecidas no Plano de ação regional para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde 2008-2013. O projeto de plano de ação, que aproveitava avanços anteriores e fixava metas para as Américas avançarem no sentido do registro universal dos nascimentos e das mortes, continha cinco linhas estratégicas com metas e compromissos para o período 2017-2023. Essas linhas estratégicas complementariam as iniciativas mundiais, como a iniciativa da OMS e do Banco Mundial intitulada “Registro civil global e estatísticas vitais: aumento do plano de investimento 2016-2024” (*Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling up Investment Plan 2016-2024*). De acordo com os diversos compromissos regionais e mundiais, como a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os ODS, o plano de ação proposto estabelecia metas para promover o desenvolvimento de informações e análises nacionais e subnacionais desagregadas. O plano também complementava a iniciativa de indicadores básicos da OPAS, por meio da qual se coletavam dados dos Estados Membros havia 20 anos.

133. O Comitê Executivo reconheceu a importância das estatísticas vitais para a tomada de decisões, o planejamento e a implementação de programas de saúde pública, bem como para a melhoria dos resultados de saúde. Porém, embora alguns delegados tenham manifestado apoio ao plano de ação proposto como meio de fortalecer os sistemas de estatísticas vitais e de mantê-los como prioridades nas agendas dos governos, outros sentiram que o objetivo do plano era muito restrito e que deveria procurar melhorar também outros aspectos dos sistemas de informação em saúde. Um delegado mencionou que o projeto de plano não se baseava em um consenso entre os países, e vários outros observaram que este diferia de uma versão inicial circulada antes, naquele mesmo ano, a qual havia abordado integralmente o tema estatísticas vitais e de saúde. Outro delegado comentou que, embora o plano de ação tivesse o intuito de se basear no plano anterior, dando-lhe continuidade, a repercussão deste último ainda não havia sido avaliada. Outros delegados destacaram que outros subsistemas de informação em saúde também necessitavam de fortalecimento e que o enfoque reducionista do projeto de plano de ação não era compatível com o projeto de resolução (constante do documento CE160/17, Rev. 2), cujo alcance era mais amplo. Alguns também opinaram que a aprovação do plano conforme proposto no documento CE160/17, Rev.2, representaria um passo atrás e poderia ameaçar alguns dos benefícios obtidos com respeito ao fortalecimento dos sistemas de informação em saúde.

134. Um delegado divergiu, porém, ao afirmar que a abordagem das estatísticas vitais como parte do tema mais amplo dos sistemas de informação em saúde teria mais chance de produzir resultados no curto prazo. Enfatizou então a necessidade de contar com estatísticas vitais precisas para fundamentar a formulação de decisões e políticas sobre uma série de questões de saúde. Outra delegada secundou essa opinião e insistiu que não se deveria adiar a adoção de medidas para resolver as deficiências persistentes dos sistemas de estatísticas vitais.

135. Havia consenso com relação à necessidade de maior interoperabilidade entre as estatísticas vitais e sistemas de informação em saúde, padronização dos dados, sistemas de informação eletrônicos e uso de tecnologia — como os números de identificação pessoal únicos —, maior intercâmbio de experiências e boas práticas, e melhor capacitação de recursos humanos em matéria de codificação das mortes. A necessidade de esclarecer alguns indicadores do plano foi observada; por exemplo, na tabela referente ao indicador 1.4.2 (número de Estados Membros que implementam um sistema de análise de mortes neonatais), não estava claro o que seria medido e, no caso do indicador 4.1.1 (número de Estados Membros que identificam práticas bem-sucedidas para serem divulgadas na Região), não estava claro quem seria responsável pela identificação e difusão das práticas eficazes.

136. O Dr. Espinal, após observar que a OPAS tinha um longo histórico de acompanhamento e fortalecimento das informações em saúde na Região, afirmou que a vinculação entre o plano de ação e as outras iniciativas da OPAS deveria ter sido mais claramente explicitada no documento, e que ele providenciaria que essa falha fosse corrigida no documento revisado a ser apresentado à Conferência Sanitária

Pan-Americana. Explicou, em seguida, que o plano se concentrava nas estatísticas vitais porque, em muitos Estados Membros, tais estatísticas não eram da competência do ministério da saúde, mas de outros órgãos, e a ideia era aproximá-las desses ministérios. O trabalho para fortalecer as estatísticas vitais, porém, não pretendia desmerecer outras iniciativas paralelas. Por exemplo, o objetivo da iniciativa dos sistemas de informação em saúde apresentada aos Estados Membros do Caribe anglófono era trabalhar com os países para tornar seus sistemas de informação interoperáveis e interconectados, uma vez que o problema principal em diversos deles era a existência de muitos bancos de dados em diferentes sistemas, sem conexão entre si. Essa iniciativa também seria apresentada aos Estados Membros da sub-região mesoamericana em uma reunião a ser realizada no fim de agosto.

137. O fortalecimento dos sistemas de informação em saúde era um mandato da OPAS. A Repartição estava colaborando com os Estados Membros nessa área por meio da iniciativa de indicadores básicos, do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 — que tinha um indicador específico para fortalecer os sistemas de informação em saúde — e do Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde da Organização. A RSPA trabalharia sob a direção do Comitê Executivo, mas, se o plano de ação fosse ampliado para abordar os sistemas de informação em saúde integralmente, os esforços para fortalecer as estatísticas vitais poderiam diluir-se.

138. A Diretora observou que a necessidade de fortalecer os sistemas de informação em saúde foi levantada todos os anos desde que ela havia começado a assistir às sessões dos Órgãos Diretores, em 2003. Em sua opinião, os Estados Membros continuaram apresentando o tema porque havia problemas fundamentais a resolver, entre eles os registros de nascimento e morte inadequados. A questão do registro de nascimento era particularmente crítica porque, sem o registro de nascimento, a existência da pessoa não era reconhecida oficialmente, resultando na falta de acesso à assistência de saúde, educação e outros determinantes da saúde.

139. Se os Estados Membros assim o desejassem, a Repartição prepararia um documento mais completo sobre os sistemas de informação em saúde. Entretanto, ele não ficaria pronto para a 29<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana devido ao tempo considerável exigido para as consultas com os Estados Membros. Por conseguinte, a apresentação do documento teria de ser adiada até 2018. A Diretora sugeriu que a Repartição revisasse o conteúdo do documento CE160/17, Rev. 2, para esclarecer a vinculação entre o plano de ação proposto e a questão mais ampla dos sistemas de informação em saúde. Ao mesmo tempo, poderia ser iniciado um processo de elaboração de um plano geral completo sobre os sistemas de informação em saúde, a ser considerado pelos Órgãos Diretores em 2018.

140. O Comitê decidiu convocar um grupo de trabalho para discutir as próximas medidas propostas. O grupo de trabalho examinou e apoiou a proposta da Repartição no sentido de realizar as consultas com os Estados Membros sobre o projeto de plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais, com vistas a apresentá-lo à 29<sup>a</sup> Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. Simultaneamente, a Repartição começaria

a elaborar uma estratégia e um plano de ação sobre os sistemas de informações em saúde e a fazer consultas a esse respeito. A Repartição propôs o seguinte roteiro para as consultas com os Estados Membros:

- Julho de 2017 – Consultas sub-regionais virtuais sobre a proposta de plano de ação para as estatísticas vitais a fim de obter mais feedback sobre um documento atualizado.
- Agosto de 2017 – Consulta com os Estados Membros das sub-regiões mesoamericana e andina sobre a estrutura para os sistemas de informação em saúde, a ser apresentada aos Órgãos Diretores em 2018.
- Setembro de 2017 – Apresentação do projeto de plano de ação sobre estatísticas vitais para a aprovação da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.
- Fevereiro de 2018 – Consulta sobre a estrutura para os sistemas de informação em saúde com os Estados Membros do bloco Mercosul.
- Junho de 2018 – Apresentação de um projeto de estratégia e plano de ação sobre sistemas de informação em saúde para a aprovação do Comitê Executivo.
- Setembro de 2018 – Apresentação do projeto de estratégia e plano de ação ao 56º Conselho Diretor.

141. O Comitê Executivo adotou a decisão CE160(3), acordando que as consultas regionais deveriam ser convocadas de acordo com o roteiro proposto pela Repartição e endossado pelo grupo de trabalho, com o objetivo de apresentar uma versão revisada do plano de ação sobre estatísticas vitais à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. O Comitê também decidiu que outra estratégia e plano de ação para os sistemas de informação em saúde deveriam ser preparados para consideração pelos Órgãos Diretores em 2018.

***Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (documento CE160/18)***

142. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) apresentou o projeto de estratégia, observando que, embora as estimativas diferissem conforme o método aplicado, era consenso que a Região continuava a vivenciar uma grave escassez de recursos humanos em saúde. A baixa retenção nas áreas rurais e subatendidas, as altas taxas de mobilidade e migração da força de trabalho, a excessiva especialização dos serviços de atenção terciária, as condições de trabalho precárias e a baixa produtividade impediam o avanço da ampliação dos serviços de saúde, especialmente na atenção primária.

143. O projeto de estratégia identificava um conjunto de linhas de ação estratégicas interdependentes para enfrentar esses desafios no contexto específico das Américas.

A estratégia, em consonância com a estratégia mundial de recursos humanos para a saúde da OMS e com as recomendações da comissão de alto nível sobre emprego no âmbito da saúde e crescimento econômico, convocada pelas Nações Unidas, era o produto de muitas consultas realizadas nos âmbitos nacional, sub-regional e regional desde 2015. Reconheceu-se que a transição para a cobertura universal de saúde exigia um conjunto de políticas, regulamentações e intervenções relacionadas com a capacitação, o emprego e as condições de trabalho, a mobilidade dos profissionais da saúde, a educação e a prática profissional e a distribuição da força de trabalho.

144. A estratégia previa a implementação de políticas intersetoriais que atendessem as necessidades futuras dos sistemas e serviços de saúde, com contribuições dos setores de trabalho, educação, sociedade e finanças. Além disso, instava os países a fortalecerem a regulamentação, o planejamento e a administração dos recursos humanos da saúde a fim de melhorar a disponibilidade, a retenção e a distribuição das equipes interprofissionais, sobretudo na atenção primária. Além disso, destacava a importância de abordar as condições de trabalho e outros fatores que afetavam a disponibilidade do pessoal da saúde e exortava os setores da saúde e da educação a colaborar estreitamente na capacitação, credenciamento e desempenho dos profissionais da saúde, assegurando uma combinação adequada de habilidades.

145. O Comitê Executivo manifestou firme apoio à estratégia proposta, e diversos delegados informaram que seus países já estavam realizando as atividades contempladas nas três linhas estratégicas. Os delegados expressaram satisfação com o processo de consulta sobre a estratégia e com a comprovação de que muitos dos resultados dessas discussões haviam sido incorporados à proposta constante do documento CE160/18. Considerou-se que a estratégia apoiaria a formulação das políticas e planos no âmbito nacional e ajudaria a remediar as desigualdades na disponibilidade, na distribuição e na qualidade dos recursos humanos. Os delegados reconheceram que seria necessário investimento suficiente e que os recursos exigidos para tal poderiam ser captados de várias fontes. Acolheu-se favoravelmente a ênfase da estratégia na colaboração intersetorial, especialmente entre os setores da saúde e da educação, e ressaltou-se a necessidade de incorporar o ensino de novas tecnologias em saúde na capacitação dos profissionais da saúde. Os delegados também elogiaram o fato de a estratégia reconhecer a repercussão da migração do pessoal da saúde. Com relação à segunda linha de ação, no entanto, pediram-se esclarecimentos a respeito do que se entendia por regular o impacto dos fluxos de mobilidade profissional.

146. Os delegados reconheceram a necessidade de incentivos, tanto econômicos como na forma de oportunidades de desenvolvimento profissional, com vistas a atrair e reter os profissionais da saúde nas áreas rurais e subatendidas. Destacou-se a importância de proporcionar aos profissionais da saúde servindo nessas áreas uma capacitação adaptada à cultura local. Os delegados também apoiaram a ênfase da estratégia no estabelecimento de equipes interprofissionais para a atenção primária e no desenvolvimento de sistemas de informação para identificar as lacunas de recursos humanos. Foi sugerido que esses sistemas incluíssem informações sobre uma ampla variedade de profissionais da saúde,

inclusive parteiras e agentes comunitários de saúde. Destacou-se ainda a importância de contar com informações precisas para que o planejamento da força de trabalho e o desenvolvimento do pessoal da saúde estivessem fundamentados em evidências científicas.

147. Aplaudiu-se a vinculação da estratégia com a estratégia mundial para os recursos humanos em saúde e o trabalho da comissão de alto nível sobre emprego no âmbito da saúde e crescimento econômico. Destacou-se que a 70ª Assembleia Mundial da Saúde havia adotado o plano de ação quinquenal para o emprego no âmbito da saúde e o crescimento econômico inclusivo<sup>5</sup> e que a coordenação da estratégia com esse plano poderia ajudar a acelerar o progresso em matéria de recursos humanos em saúde na Região. Foi também sugerido que a estratégia fizesse referência à iniciativa da OMS de criar contas nacionais do pessoal da saúde, as quais poderiam ajudar os Estados Membros no planejamento, monitoramento e elaboração de relatórios referentes aos profissionais da saúde. A Repartição foi incentivada a apoiar os esforços dos Estados Membros nesse sentido.

148. O Dr. Fitzgerald explicou que a Repartição havia identificado dois fatores críticos que estavam dificultando a consecução do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, a saber, os fatores econômicos relacionados à dotação dos recursos públicos para a saúde e a falta de recursos humanos em saúde capacitados e distribuídos da maneira adequada. Recordou que, ao adotarem a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, os Estados Membros haviam reconhecido a necessidade de aumentar progressivamente o gasto público com a saúde e estabelecido como ponto de referência 6% do produto interno bruto (PIB). Embora alguns países tivessem atingido ou superado esse ponto de referência e conseguido corrigir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, outros continuaram lutando para alcançar as populações subatendidas. As evidências disponíveis indicavam que o aumento do investimento privado não seria suficiente para atender as necessidades de saúde desses grupos; o investimento público fazia-se necessário. Por conseguinte, a ênfase no investimento público era um dos importantes vínculos entre o projeto de estratégia de recursos humanos e a Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.

149. Nas consultas realizadas sobre a estratégia, se havia destacado reiteradamente a importância fundamental de contar com informações fidedignas a respeito do pessoal da saúde. Muitos países estavam trabalhando para estabelecer os sistemas de informação necessários a fim de orientar o desenvolvimento estratégico dos recursos humanos e, assim, atender as necessidades dos sistemas de saúde, o que também exigia a coordenação eficaz entre os setores da saúde e da educação. Dr. Fitzgerald concordou que as contas nacionais do pessoal da saúde da OMS poderiam ser uma ferramenta útil para o planejamento da força de trabalho futura e observou que a Repartição havia realizado recentemente uma reunião para adaptar os indicadores das contas nacionais do pessoal da

---

<sup>5</sup> Ver resolução WHA70.6 (2017).

saúde com vistas a ajudar os países da Região a avançarem no sentido do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde.

150. A regulamentação da mobilidade profissional compreendia três aspectos: reconhecer que a migração era inevitável e elaborar planos estratégicos para lidar com ela, criando, ao mesmo tempo, incentivos para promover a retenção do pessoal; regulamentar o credenciamento dos profissionais da saúde para favorecer uma migração mais estruturada e organizada no âmbito dos países e entre eles; e aplicar as normas internacionais da prática profissional.

151. A Diretora afirmou que as metas da Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde não poderiam ser alcançadas sem mudanças estratégicas radicais com relação aos recursos humanos em saúde. Era preciso examinar minuciosamente a capacitação dos profissionais da saúde e a quantidade e a combinação de habilidades exigidas. Para tanto, como havia sido mencionado, a coordenação entre os setores da saúde e da educação era fundamental.

152. A distribuição dos profissionais da saúde era outra consideração importante. Era preciso atentar para as condições de trabalho, principalmente na atenção primária, e fazer um esforço para tornar mais atraentes os trabalhos de atenção à saúde no meio rural e em comunidades remotas. Era também essencial aumentar a capacidade dos profissionais da saúde no nível da atenção primária e resolver a maioria das questões de saúde encontradas. Com as mudanças epidemiológicas e demográficas, seriam necessárias competências e habilidades diferentes. Os psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, por exemplo, teriam que trabalhar ao lado dos médicos e enfermeiros na equipe de saúde para ajudar a população a adotar estilos de vida saudáveis. Evidentemente, seriam necessários bons sistemas de informação para o planejamento estratégico do pessoal da saúde.

153. A migração dos profissionais da saúde era um problema significativo para os países do Caribe especificamente. A maioria das enfermeiras treinadas nestes países acabava trabalhando na América do Norte e na Europa. O código mundial de práticas da OMS para a contratação internacional de profissionais da saúde havia abordado o problema até certo ponto, mas a adesão ao código era inteiramente voluntária. Essa migração era difícil de controlar tanto no país de origem como no país de destino, principalmente no caso dos Estados federativos. A Organização continuaria trabalhando com os Estados Membros para criar maneiras inovadoras de fazer face à migração e à concomitante escassez de profissionais da saúde.

154. Foram sugeridas várias modificações no projeto de resolução referente a esse tema (constante do documento CE160/18) com o intuito de facilitar sua execução em diversos contextos nacionais. O Comitê adotou posteriormente a resolução modificada como resolução CE160.R4, recomendando que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana adotasse a estratégia.

***Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022 (documento CE160/19)***

155. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA), ao apresentar o projeto de estratégia e plano de ação, observou que o impacto adverso do tabagismo sobre a saúde pública era bem conhecido. Em escala mundial, o tabaco matava mais de 7 milhões de pessoas a cada ano; apenas nas Américas, foram 900.000 mortes em decorrência do fumo passivo. As mortes causadas pelo tabagismo na Região representavam 14% de todos os tipos de mortes por doenças não transmissíveis. O tabaco não apenas afetava a saúde, mas também exercia um impacto negativo substancial sobre o crescimento econômico, o avanço educacional e o desenvolvimento social. Na América Latina, os custos diretos atribuídos ao ato de fumar haviam sido calculados em US\$ 34 bilhões, ou quase 1% do PIB regional por ano. Havia agora uma grande base de evidência que demonstrava uma associação direta entre a pobreza e tabagismo, com os grupos mais desfavorecidos sendo os mais afetados.

156. Após a entrada em vigor da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT) em 2005, havia aumentado a consciência sobre as ameaças que a epidemia do tabagismo constituía tanto para a saúde como para o desenvolvimento sustentável. Metas para a redução do tabagismo haviam sido incluídas em numerosas declarações e iniciativas de alto nível, como a Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Embora a Região das Américas houvesse obtido avanços na redução do tabagismo ao longo dos 12 anos anteriores, faziam-se necessários mais esforços para atingir as metas de redução da mortalidade prematura. A CQCT tinha 30 signatários na Região, entre os quais figuravam vários líderes mundiais bem reconhecidos no controle do tabagismo, mas 15 países ainda não haviam implementado nenhum dos quatro mandatos da CQCT; 11 desses países eram signatários da Convenção.

157. O projeto de uma estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas era, portanto, oportuno e necessário, pois era preciso um plano claro para operacionalizar os compromissos assumidos pelos Estados Membros. O plano de ação buscava fortalecer as linhas de ação com base científica que haviam sido implementadas com êxito por vários países, demonstrando que a execução dessas medidas era factível e resultaria na redução do tabagismo e, em última análise, na melhoria dos resultados de saúde.

158. A Repartição continuaria a prestar cooperação aos Estados Membros para fazer da Região o líder mundial não apenas no controle do tabagismo, mas também na prevenção e controle de doenças não transmissíveis e para cumprir sua missão de proteger a saúde e promover o mais alto padrão possível de saúde para suas comunidades.

159. O Comitê Executivo expressou apoio geral à estratégia e plano de ação, concordando que o tabagismo impunha um pesado custo à saúde pública e à economia. Os delegados reconheceram o forte vínculo entre o tabagismo e a morte e a incapacidade

decorrentes das doenças não transmissíveis, bem como o impacto econômico do aumento das despesas em saúde pública e dos gastos do próprio bolso e a perda de produtividade da força de trabalho. Além disso, destacou-se que o uso dos pesticidas e fertilizantes para cultivar o tabaco estava pondo em risco o desenvolvimento sustentável.

160. O Comitê endossou as quatro linhas estratégicas de ação, observando a necessidade de controlar a oferta e a procura de produtos derivados do tabaco e a uniformidade do plano com a CQCT. Uma delegada comentou que esforços abrangentes para controlar o tabagismo, passando pela orientação ao público, esforços de conscientização e intervenções no sentido de deixar o hábito de fumar, haviam-se mostrado eficazes e com ótima relação custo-benefício. Havia uma preocupação geral com os desafios constantes à implementação da CQCT e à redução do tabagismo, sobretudo em vista da interferência da indústria do tabaco. Os delegados solicitaram um compromisso mais forte com a eliminação das barreiras à implementação da CQCT.

161. Vários delegados salientaram a necessidade de priorizar a saúde em detrimento de interesses comerciais, em particular os da indústria do tabaco, e instaram a RSPA a ajudar os Estados Membros a reforçar sua capacidade nesse sentido, inclusive por meio da cooperação técnica para auxiliar na elaboração de instrumentos legais e aumentar o entendimento dos acordos comerciais internacionais. Ao mesmo tempo, enfatizou-se que as intervenções para o controle do tabagismo deveriam levar em consideração os contextos nacional e local e deveriam ser compatíveis com as obrigações comerciais internacionais dos Estados. Observando que as doenças não transmissíveis causadas pelo tabagismo afetavam em especial as populações vulneráveis, vários delegados viram o controle do tabagismo como uma questão de direitos humanos. Uma delegada, porém, opôs-se a uma afirmação no parágrafo 23 do Documento CE160/19 que propunha a ideia de que a proteção das pessoas contra a exposição à fumaça do fumo estava implícita no direito à vida. Sua delegação não acreditava que a obrigação dos Estados de proteger o direito à vida no âmbito do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos se estendesse a ameaças à vida decorrentes do ambiente ou de ações de agentes não estatais.

162. Os delegados tiveram várias perguntas com respeito à estratégia e o plano de ação, além de sugestões sobre como melhorá-los. Uma delegada solicitou mais informações sobre o que seria necessário para alcançar o indicador 4.1.1, que se referia aos mecanismos para a identificação e administração dos conflitos de interesses entre funcionários do governo e empregados com responsabilidade pelas políticas de controle do tabagismo. Essa mesma delegada pediu mais ênfase nas disparidades relacionadas com o tabaco e intervenções com base científica e direcionadas para fazer face a essas disparidades. Observou-se a necessidade de dados desagregados para identificar as disparidades e avaliar a eficácia das intervenções. Um delegado solicitou mais detalhes sobre como a RSPA trabalharia com os países para alcançar o indicador 1.2.2, sobre embalagens padronizadas ou genéricas, e acrescentou que a estratégia e o plano de ação teriam sido melhores se os Estados Membros tivessem sido consultados sobre eles. Esse sentimento foi secundado por outros delegados, que instaram por mais consultas. Observou-se com satisfação que a maioria das informações necessárias para medir o progresso nos diversos indicadores do

plano de ação já estava sendo recolhida, de maneira que o plano não seria mais um peso para os países em termos de prestação de informações.

163. O Dr. Hennis explicou que o indicador dos conflitos de interesses estava vinculado ao Artigo 5(3) da CQCT e reconheceu que seria benéfico se ele fosse mais bem desenvolvido. Com respeito ao indicador sobre as embalagens padronizadas ou genéricas, informou que um país já havia aplicado as medidas previstas no indicador. A Repartição estava trabalhando com vários outros Estados Membros nesse sentido e acreditava que a meta fixada para 2022 era alcançável. A RSPA continuaria a trabalhar com os Estados Membros para refinar a estratégia e o plano de ação antes da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

164. A Diretora salientou que a exposição ao tabaco era um dos fatores de risco fundamentais para as doenças crônicas não transmissíveis. Acreditava que era importante examinar cuidadosamente o porquê de, 12 anos após a adoção da CQCT, os países da Região continuarem a enfrentar dificuldades para pôr em prática suas linhas estratégicas de ação. Além disso, era essencial questionar por que a indústria do tabaco continuava a exercer tanta influência. Fazia-se necessária uma reação de todo o governo para combater o tabagismo e preparar uma resposta à indústria do tabaco. Era contraproducente, por exemplo, que um ministério da saúde instasse pela redução da exposição à fumaça do tabaco, enquanto o ministério do comércio do mesmo país solicitava a construção de uma fábrica de produtos do tabaco e seu chefe de Estado insistia que a fábrica era necessária para gerar empregos. Tratava-se de um problema fundamental que precisava ser atacado no mais alto nível de governo.

165. O projeto de resolução constante do documento CE160/19 foi revisado de modo a incorporar numerosas modificações sugeridas na discussão desse tema pelo Comitê e foi adotado posteriormente como resolução CE160.R10, que recomenda que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove a estratégia e plano de ação.

#### **Assuntos administrativos e financeiros**

##### ***Relatório sobre a arrecadação de contribuições fixas (documentos CE160/20 e Add. I)***

166. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) informou que a Organização havia recebido US\$ 26,8 milhões relacionados a contribuições de anos anteriores, perfazendo 66% do total pendente. Com, isso, restava um saldo em aberto de US\$ 13,7 milhões de anos anteriores. Nenhum Estado Membro estava sujeito às disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS. Com respeito ao ano corrente, até o fim de junho, US\$ 30,9 milhões tinham sido recebidos, o equivalente a 30,2% do total das contribuições fixas de 2017. Embora esse montante fosse baixo, pois metade do ano já havia transcorrido, era o nível mais elevado de arrecadação das contribuições de um ano em curso na última década. Um total de 12 Estados Membros havia feito seu pagamento total referente a 2017 e um também havia saldado parte da contribuição de 2018.

167. Ele agradeceu a esses Estados Membros que já haviam cumprido suas obrigações perante a Organização referentes ao ano e solicitou aos demais que pagassem suas contribuições fixas para assegurar a execução eficiente e eficaz do Programa e Orçamento da OPAS.

168. A Diretora também agradeceu aos Estados Membros que haviam pagado suas contribuições fixas referentes a 2017 e apelou aos demais que fizessem o mesmo.

169. O Comitê Executivo adotou a resolução CE160.R1, agradeceu aos Estados Membros que haviam efetuado pagamentos referentes a 2017 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 2016 (documento oficial 353)***

170. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou sobre a análise feita por esse Subcomitê de uma versão preliminar, não auditada, do Relatório Financeiro, observando que o Subcomitê havia sido informado de que as contribuições fixas da OPAS durante 2016 tinham totalizado US\$ 66,4 milhões. Durante o ano, 29 Estados Membros, Membros Associados e Estados Participantes haviam pagado suas contribuições fixas na totalidade, cinco efetuaram pagamentos parciais e oito não efetuaram o pagamento. Os pagamentos em atraso das contribuições fixas haviam somado US\$ 40,5 milhões ao fim de 2016. O Subcomitê havia elogiado a Repartição pela sua transparência ao apresentar os resultados financeiros referentes ao ano, bem como sua eficiência na gestão dos recursos. As dificuldades causadas pela falta de pagamento das contribuições fixas tinham sido reconhecidas, e todos os Estados Membros tinham sido incentivados a cumprir suas obrigações financeiras perante a Organização de maneira oportuna.

171. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Recursos Financeiros, RSPA) apresentou um resumo do Relatório Financeiro do Diretor, inclusive os montantes do total de receitas e gastos, a arrecadação das contribuições fixas, das contribuições voluntárias e das compras em nome dos Estados Membros. Observou que, pela primeira vez, o novo Sistema de Informação para a Gestão da RSPA havia sido usado para fechar as contas financeiras referentes ao biênio findo em 2016. O total das receitas consolidadas do ano havia somado US\$ 1,4 bilhão, ligeiramente inferior ao de 2015. Essa redução devia-se principalmente a uma diminuição da receita das contribuições voluntárias, em particular das contribuições voluntárias nacionais, o que, por sua vez, era resultado da desvalorização das moedas de alguns países frente ao dólar dos Estados Unidos.

172. A receita das contribuições voluntárias nacionais havia diminuído de US\$ 554,7 milhões em 2015 para US\$ 511,9 milhões em 2016, ao passo que a receita das demais contribuições voluntárias havia totalizado US\$ 53,9 milhões em 2016, frente a US\$ 61,0 milhões em 2015. Ao mesmo tempo, a receita diferida das contribuições voluntárias da OPAS havia mais do que dobrado, tendo passado de US\$ 65,6 milhões em

2015 para US\$ 145,6 milhões em 2016, em grande medida porque a Repartição havia firmado dois acordos importantes: um com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e outro com o Departamento do Reino Unido para o Desenvolvimento Internacional (DFID). A receita das compras em nome dos Estados Membros havia crescido 6%, de US\$ 638,6 milhões em 2015 para US\$ 678,5 milhões em 2016. Já as receitas diversas haviam aumentado em US\$ 30 milhões em relação a 2015.

173. O total dos gastos em 2016 havia totalizado US\$ 1,426 bilhão, em comparação com US\$ 1,468 bilhão em 2015. O ano havia se encerrado com um excedente de US\$ 21,8 milhões, semelhante ao excedente no fim de 2014, também o primeiro ano de um biênio, quando os gastos costumavam ser inferiores aos do segundo ano. As contribuições fixas pagas em 2016 haviam totalizado US\$ 106,1 milhões, valor esse que abrangia US\$ 39,7 milhões em contribuições fixas de anos anteriores. A arrecadação das contribuições do ano em curso havia aumentado ligeiramente, de US\$ 64,8 milhões em 2015 para US\$ 66,4 milhões em 2016. Já as contribuições fixas em atraso haviam recuado de US\$ 44,2 milhões em 2015 para US\$ 40,5 milhões em 2016.

174. O Auditor Externo havia emitido um parecer “sem modificações” sobre as demonstrações financeiras da Organização referentes a 2016, o que significava que o auditor havia concluído que as demonstrações financeiras refletiram com exatidão a situação financeira e os resultados das operações e fluxos de caixa do exercício financeiro findo em 31 de dezembro de 2016.

#### *Relatório do Auditor Externo referente a 2016*

175. A Sra. Karen Ortiz Finnemore (Tribunal de Contas da Espanha), ao apresentar o relatório do Auditor Externo, disse que o Tribunal de Contas da Espanha, no seu trabalho atual como Auditor Externo da Organização, continuara a aprender sobre a OPAS e procurara adaptar suas recomendações de modo a ajudar a Organização a atingir seus objetivos no que respeita à transparência e a uma gestão financeira sólida. Uma equipe de nove auditores havia feito duas visitas à sede da OPAS em 2016 e também havia visitado as representações da OPAS/OMS na Argentina, Brasil e Uruguai. Além disso, os membros da equipe haviam participado da 13<sup>a</sup> e 14<sup>a</sup> Sessões do Comitê de Auditoria da OPAS. Como resultado desse trabalho, o Auditor Externo tinha elaborado os documentos que formavam o relatório do Auditor Externo constante do *Documento Oficial 353*. As conclusões mais significativas do trabalho do Auditor Externo podiam ser encontradas no parecer do Auditor Externo e no relatório em forma longa sobre a auditoria das demonstrações financeiras de 2016.

176. O Sr. Alfredo Campos Lacoba (Tribunal de Contas da Espanha), ao destacar os números da análise financeira constante do relatório em forma longa, observou que a Organização tinha encerrado 2016 com um excedente orçamentário de US\$ 21,8 milhões, ao passo que, em 2015, tinha registrado um déficit de US\$ 8,8 milhões. O total da receita havia caído 0,8% em relação a 2015 e o total da despesa havia recuado 2,9%. Essas duas reduções estavam relacionadas com uma diminuição das contribuições voluntárias, que

representavam uma fonte de financiamento significativa para a Organização. As receitas diversas haviam aumentado consideravelmente, sobretudo por causa da elevação do valor dos investimentos não denominados em dólar e do aumento da renda com juros. Os gastos com o quadro de funcionários e outros custos de pessoal haviam caído 6,3%, e os benefícios e obrigações relacionados aos empregados haviam diminuído 1,1%. Em termos gerais, a OPAS tinha recursos suficientes para fazer face a suas obrigações financeiras atuais e ao passivo de curto prazo decorrente dos benefícios dos empregados, embora o financiamento dessa última rubrica no futuro continuasse a ser um desafio.

177. Em seguida, resumi as recomendações propostas no relatório, que abrangiam diversas medidas destinadas a melhorar a base de dados dos médicos cubanos participantes do projeto *Mais Médicos* e mitigar os possíveis impactos negativos dos processos movidos na justiça por alguns dos médicos, atacar os pontos fracos do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA e aumentar a sua confiabilidade, e assegurar o pleno financiamento do passivo correspondente ao seguro-saúde pós-serviço. A Repartição havia tomado medidas para pôr em prática todas as recomendações anteriores do Auditor Externo, inclusive as relacionadas com o projeto *Mais Médicos* e o PMIS, o que demonstrava seu empenho em melhorar seus sistemas e procedimentos.

178. O Comitê Executivo acolheu o parecer sem modificações dos auditores e elogiou a Repartição por sua gestão eficiente e transparente dos recursos e por seu enfoque abrangente na preparação do orçamento, o que havia facilitado a disponibilidade de recursos e aumentado a flexibilidade no seu uso. Além disso, louvou o excedente, observando que isso era raro em uma organização internacional e apontando que ele tinha sido obtido apesar da redução da receita em 2016. Destacou-se, porém, que a execução do orçamento também parecia haver diminuído e que algumas contribuições voluntárias haviam sido devolvidas aos doadores, o que gerava preocupação, pois a Organização dependia cada vez mais dessas contribuições. Incentivou-se a Repartição a tomar medidas para assegurar a plena execução dos recursos dos doadores. Os delegados solicitaram esclarecimentos sobre como o excedente seria usado e por que as contribuições voluntárias nacionais não eram contabilizadas como parte da receita da Organização.

179. Observou-se o aumento do índice de arrecadação das contribuições fixas, mas apontou-se que esse índice ainda era baixo, o que poderia afetar as operações da Organização. Os delegados apelaram à Repartição que mantivesse seu empenho para aumentar o índice de arrecadação e aos Estados Membros que pagassem suas contribuições fixas de forma oportuna. A Repartição foi instada a pôr em prática todas as recomendações do Auditor Externo, mas, em especial, as relacionadas ao desempenho do PMIS e à melhoria dos controles internos. A Repartição também foi incentivada a implementar planos de sucessão e mecanismos de transição eficazes para reduzir o risco da perda de conhecimento institucional em decorrência da aposentadoria dos gerentes de nível superior.

180. O Delegado do Brasil manifestou sua gratidão à Repartição e ao Governo de Cuba pela sua participação no projeto *Mais Médicos*, observando que esse projeto havia sido bem recebido pela população brasileira e havia tido um grande impacto positivo na saúde

pública no país. Observou também que, em setembro de 2016, o projeto havia sido estendido por mais três anos. Afirmou que o governo brasileiro concordava plenamente com as recomendações do Auditor Externo sobre o projeto e faria o possível para que fossem implementadas. Com respeito aos processos mencionados no relatório do Auditor Externo, apelou à Repartição que apoiasse o governo brasileiro em fazer cumprir as condições do acordo de cooperação do projeto, que previa que os médicos cubanos participantes poderiam ficar no Brasil por um máximo de três anos. Por último, perguntou por que o relatório financeiro não havia sido publicado em português.

181. O Sr. Puente Chaudé explicou que não era estranho dispor de excedente ao fim do primeiro ano de um biênio. A existência desse excedente não indicava a incapacidade de executar os recursos do programa nem significava que se encerraria o biênio com um excedente. A Repartição sempre procurou executar todo o programa e o orçamento. Se houvesse um excedente orçamentário ao fim do biênio, porém, os Estados Membros decidiriam como os recursos deveriam ser usados. Se houvesse um excedente de receita — o que ocorria quando as receitas diversas superavam o montante orçado — o uso dos recursos seria decidido no biênio seguinte. A Organização tinha uma política bem definida de investimentos e seguia um enfoque prudente com o objetivo de proteger o capital investido e maximizar a renda com juros.

182. O Sr. Campos Lacoba afirmou que os resultados financeiros do primeiro ano de um biênio não indicavam necessariamente o nível efetivo da execução, pois muitas atividades geralmente só eram concluídas no segundo ano.

183. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que as contribuições voluntárias nacionais não eram incluídas no programa e orçamento da Organização em parte por causa do seu volume; no biênio 2016-2017, elas deveriam somar cerca de US\$ 1,2 bilhão. Ademais, essas contribuições eram negociadas de forma bilateral, eram próprias de cada país e as decisões sobre como os recursos seriam empregados eram tomadas no âmbito nacional.

184. A Diretora acrescentou que as contribuições voluntárias nacionais vinham de pouquíssimos países e destinavam-se a projetos específicos no âmbito nacional. Nos últimos anos, a grande maioria havia vindo do Brasil para o projeto *Mais Médicos*. Quanto ao motivo por que o Relatório Financeiro não era publicado em português, tradicionalmente o relatório era produzido apenas em inglês e espanhol. Contudo, a Repartição estaria disposta a colaborar com o Brasil para produzir uma versão em português.

185. A Diretora acreditava que a execução do orçamento de 2016 havia diminuído devido, em parte, ao tempo do pessoal que havia sido necessário investir para operacionalizar o PMIS e aprender como usar o sistema. Ao mesmo tempo, solicitou-se ao pessoal que respondesse à epidemia da doença causada pelo vírus Zika e a muitas outras situações de emergência. A Repartição estava trabalhando para aumentar a execução em 2017.

186. Ela assegurou ao Comitê que a Repartição tratava com seriedade as recomendações do Auditor Externo e examinava sua implementação a cada seis meses.

187. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA), falando a pedido da Diretora, delineou as medidas que estavam sendo tomadas para pôr em prática as recomendações relacionadas ao PMIS, como a criação de uma unidade de conformidade responsável por formular uma lista dos relatórios a serem usados pelos centros de custos na Sede e nas representações nos países a fim de monitorar sua conformidade e validar os dados no sistema. Era de suma importância garantir a precisão dos dados que o pessoal inseria no sistema. Um meio de verificá-la era usar os relatórios que comparavam diversas perspectivas sobre os dados; o pessoal estava cada vez mais capacitado a usar esses relatórios. Também se estava trabalhando para seguir a recomendação sobre a manipulação manual dos dados fora do sistema, o que era uma prática frequente com o sistema anterior. A Repartição havia obtido avanços consideráveis na automatização das tarefas. Além disso, havia adquirido considerável experiência no uso de worktags e aplicaria as lições extraídas ao planejar o biênio 2018-2019.

188. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Programação da receita excedente (documento CE160/21)***

189. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado uma proposta da Repartição sobre o uso de uma receita excedente de cerca de US\$ 7,8 milhões, resultante de receitas diversas acima do orçado durante o biênio 2014-2015. Havia-se recordado que, em maio de 2015, a Repartição apresentara um relatório sobre os projetos de bens imóveis incluídos no Plano Mestre de Investimentos de Capital,<sup>6</sup> que mencionava as obras de reforma que precisariam ser executadas tanto no edifício da Sede como nas representações da OPAS, junto com as estimativas de custo, que totalizavam aproximadamente US\$ 50 milhões. O Subcomitê havia sido informado de que, como medida para acumular os recursos necessários para esses projetos de bens imóveis, a Diretora propunha alocar o total da receita excedente para o Subfundo de Manutenção e Melhoria de Bens Imóveis do Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

190. Na discussão que se seguiu, a necessidade de reformas e melhorias foi reconhecida e a proposta de uso do excedente foi endossada. Assinalou-se que havia uma distância bem grande entre o excedente e os US\$ 50 milhões necessários e que, portanto, seria necessário priorizar as reformas. Considerou-se que se deveria dar prioridade às obras destinadas a aumentar a proteção e segurança do pessoal, bem como às reformas que, se fossem adiadas, poderiam resultar em custos de manutenção ainda maiores.

191. A Diretora disse que a Repartição tinha um plano de prioridades para as reformas e melhorias e afirmou que não seria sensato adiar obras que precisavam ser feitas para evitar uma maior deterioração dos prédios de propriedade da OPAS, sobretudo o edifício da

---

<sup>6</sup> Ver documento CE156/24, Rev. 1.

Sede. Comprometeu-se a apresentar, no próximo ciclo de reuniões dos Órgãos Diretores, algumas propostas para arrecadar os recursos adicionais necessários.

192. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Seguro-saúde pós-serviço (documento CE160/22)***

193. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido comunicado de que, em 2016, a RSPA e a Secretaria da OMS haviam formulado um plano de longo prazo para financiar a obrigação do seguro-saúde pós-serviço (ASHI, na sigla em inglês) para os funcionários da OPAS aposentados e suas famílias. Para esse fim, as duas organizações combinariam seus ativos no Fundo do Seguro-saúde do Pessoal. Segundo as estimativas atuariais, a OMS haveria financiado plenamente sua obrigação com o ASHI até 2038 e a OPAS, até 2052. Como outra parte do plano, seriam envidados esforços para conter os custos da assistência de saúde do pessoal nos Estados Unidos. O Subcomitê havia acolhido o progresso realizado no sentido de financiar a obrigação do ASHI e os planos para o futuro. A cooperação com a OMS era considerada um passo positivo. O Subcomitê havia endossado uma proposta de que relatórios futuros sobre a situação das obrigações do ASHI não deveriam ser apresentados como um tema da agenda distinto; antes, deveriam ser incluídos no Relatório Financeiro do Diretor.

194. Na discussão do Comitê Executivo sobre esse tema, os delegados apoiaram a combinação dos ativos da OPAS com os da OMS como forma de promover eficiências e maximizar os rendimentos. Além disso, acolheram o monitoramento cuidadoso da situação pela OPAS e aguardariam com expectativa as atualizações nas futuras reuniões dos Órgãos Diretores sobre a situação da proporção dos ativos combinados correspondente à OPAS. Ademais, acolheram com satisfação a proposta de que, a partir de então, o tema fosse incorporado ao Relatório Financeiro do Diretor.

195. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) disse que a Repartição estava satisfeita com o progresso realizado até então no sentido de reduzir as obrigações com os benefícios do ASHI.

196. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Atualização sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital (documento CE160/23)***

197. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado um relatório sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital e seus diversos subfundos, tendo aprovado uma proposta para transferir a receita excedente de US\$ 7,8 milhões para o Subfundo de Manutenção e Melhoria de Bens Imóveis do Fundo Mestre de Investimentos de Capital. Em resposta às perguntas sobre a estratégia de recursos humanos, a Repartição tinha explicado que o Subfundo da Estratégia de Recursos Humanos tinha sido criado em 2015. Dos dois projetos principais a serem financiados por esse fundo, a plataforma de

seleção havia entrado em fase de produção em fevereiro de 2017 e o trabalho na plataforma de aprendizagem eletrônica estava perto de ser concluído, com cursos de capacitação direcionados aos novos empregados planejados para o futuro próximo.

198. Na discussão que se seguiu, um delegado perguntou como e quando seria possível obter todas as melhorias dos bens imóveis necessárias e se existia um plano, com prioridades, para fazer face a essas necessidades.

199. A Sra. Maria Teresa Angulo (Diretora, Operações de Serviços Gerais, RSPA) disse que a Repartição continuava a se pautar pelo documento CE156/24, Rev. 1, apresentado ao Comitê Executivo em 2015. Esse documento detalhado estabelecia as diversas prioridades a serem tratadas.

200. A Diretora observou que as melhorias no edifício da Sede poderiam ser aceleradas se houvesse mais recursos à disposição. Havia surgido uma possibilidade de obter mais recursos, mas, infelizmente, ela não se havia concretizado. As melhorias necessárias no segundo e no décimo andares eram prioritárias, mas ainda era mais importante melhorar a proteção e a segurança na entrada principal do edifício.

201. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (documento CE160/24)***

202. O Sr. David O'Regan (Auditor Geral, Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação, RSPA) apresentou o relatório sobre o trabalho do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES). Destacou as diversas seções do relatório, constante do documento CE160/24, assinalando, em especial, que o relatório, nos seus parágrafos 41 a 45, trazia a opinião do IES de que o ambiente de controle interno da Repartição continuava a oferecer garantias razoáveis do registro preciso e oportuno das transações financeiras, do ativo e do passivo; da proteção do ativo; e da mitigação dos riscos para a consecução dos objetivos da Organização. O relatório também confirmava a independência da função interna de supervisão da direção, observando que o IES não havia encontrado nenhum obstáculo ao cumprimento de suas funções.

203. Ele explicou que a modernização dos sistemas de informação para a gestão através do projeto do PMIS havia resultado em um enfraquecimento temporário dos controles internos na primeira metade de 2016, mas que essa ocorrência não era incomum na implementação de grandes projetos de sistemas de informação como esse. Na segunda metade de 2016, o PMIS já havia começado a estabilizar-se, e as evidências até o momento indicavam que, em consequência, havia sido obtida certa melhoria do ambiente de controle interno.

204. No debate que se seguiu, os delegados salientaram a importância das funções de supervisão interna como parte dos esforços para assegurar a transparência e a prestação de contas. Além disso, acolheram as informações prestadas sobre as auditorias de temas

específicos e as auditorias das representações nos países. Os delegados mostraram-se satisfeitos em observar que a Repartição tratava com seriedade as recomendações do IES. Assinalou-se, porém, que duas recomendações prioritárias de 2011 ainda estavam pendentes e a Repartição foi incentivada a procurar implementar todas as recomendações de forma oportuna. O fato de que a auditoria interna dos processos orçamentários na RSPA havia constatado que os controles internos eram insatisfatórios foi visto como uma fonte de preocupação, e solicitaram-se informações sobre o progresso na implementação das recomendações dessa auditoria.

205. O Sr. O'Regan respondeu que três vezes ao ano havia-se dado seguimento às recomendações do IES, com comunicações escritas aos gerentes individuais que haviam sido incumbidos de dar cumprimento às recomendações, os quais deveriam apresentar por escrito informações sobre a situação das recomendações. Além disso, nas reuniões com a Diretora, realizadas duas vezes ao ano, examinavam-se todas as recomendações pendentes e definiam-se as datas de execução previstas e outras medidas necessárias.

206. Com respeito às duas recomendações pendentes desde 2011, referiu-se ao parágrafo 40 do relatório do IES. Uma recomendação havia sido que a direção deveria fazer uma análise dos gastos com viagens em toda a Organização. Isso havia sido resolvido por meio do PMIS e concluído. A segunda recomendação dizia respeito ao gerenciamento de projetos, principalmente no caso das contribuições voluntárias, e a implementação dessa recomendação já estava 90% concluída. Os resultados insatisfatórios da auditoria interna dos processos orçamentários haviam estado relacionados com a implementação do PMIS durante a primeira metade de 2016. Esse havia sido um período de transição e, desde então, haviam ocorrido melhorias. Como o sistema continuava a ser aprimorado, também se poderia esperar que a qualidade dos controles internos melhorasse.

207. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2019 e 2020-2021 (documento CE160/28)***

208. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) informou que, em agosto de 2016, uma nota verbal havia sido enviada a todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, descrevendo em detalhe o processo a ser seguido para indicar um auditor para os biênios 2018-2019 e 2020-2021. O prazo para o recebimento das nomeações havia sido 31 de janeiro de 2017, mas não haviam sido recebidas nomeações até então. Para permitir mais tempo aos Estados Membros para que pudessem participar do processo, a Diretora havia prorrogado o prazo até 19 de junho de 2017.

209. Em meados de junho, a RSPA havia recebido uma comunicação do Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, indicando seu Escritório Nacional de Auditoria (*National Audit Office – NAO*). Toda a documentação relacionada à indicação havia sido remetida ao Comitê da Auditoria da OPAS para análise e apreciação. A proposta, juntamente com as observações que o Comitê de Auditoria tivesse a fazer,

seria apresentada à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. Durante a Conferência, um representante do Escritório Nacional de Auditoria seria convidado a fazer uma breve apresentação. A seleção do Auditor Externo seria por voto secreto.

210. O Sr. John Fox (Presidente, Comitê de Auditoria da OPAS) disse que, com base na sua análise da candidatura do Escritório Nacional de Auditoria e na sua experiência com o Escritório e outras organizações que tinham servido como Auditor Externo, o Comitê de Auditoria recomendava vivamente a seleção do Escritório Nacional de Auditoria como Auditor Externo da OPAS.

211. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

### **Assuntos relativos ao pessoal**

#### ***Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (documento CE160/25)***

212. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado várias propostas de modificação do Estatuto e Regulamento do Pessoal, que tinham como objetivo manter a uniformidade nas condições de emprego do pessoal da OPAS e dos outros organismos abrangidos do sistema das Nações Unidas, de acordo com a resolução 70/244 da Assembleia Geral das Nações Unidas, que determinava mudanças no pacote integral de remuneração do pessoal profissional em vigor a partir de 1º de janeiro de 2017.

213. A previsão era que as modificações propostas gerassem uma economia de recursos financeiros da ordem de US\$ 113,2 milhões por ano em todo o sistema das Nações Unidas, reduzindo ligeiramente os custos de pessoal no longo prazo. Entre as mudanças destacavam-se a eliminação da escala dupla de salários para o pessoal com e sem dependentes e sua substituição por uma escala única. Outra fonte significativa de economia seria a eliminação ou redução dos direitos relacionados com a educação infantil. Uma importante mudança coberta pela resolução 70/244 era o aumento da idade de aposentadoria no sistema das Nações Unidas para 65 anos. Essa mudança afetaria o pessoal contratado antes de 1º de janeiro de 2014, embora esses funcionários também tivessem a opção de aposentar-se na idade em vigor quando foram contratados.

214. Na discussão que se seguiu, manifestou-se a preocupação com o impacto que a elevação da idade de aposentadoria poderia ter sobre a brecha entre o pessoal mais novo e o de mais idade, sobretudo entre as mulheres, que em sua maior parte eram dos níveis P2 ou P3. As chances de subir para P4 seriam reduzidas se o pessoal mais velho permanecesse nesses postos.

215. A Dra. Luz Marina Barillas (Diretora, Departamento de Gestão de Recursos Humanos, RSPA) explicou que a Repartição havia iniciado um plano de sucessão para mitigar qualquer impacto negativo da elevação da idade de aposentadoria e havia tomado

medidas para assegurar que as mulheres pudessem avançar em suas carreiras. Por exemplo, no novo sistema de contratação, existia o requisito de que na lista final de candidatos a um posto deveria haver pelo menos uma mulher. Além disso, a Organização havia criado cursos de capacitação para permitir às mulheres adquirir as habilidades de gestão e liderança de que precisassem para galgar níveis mais altos.

216. O Subdiretor disse que o plano de sucessão estaria à disposição do Comitê Executivo na sua próxima sessão. Esclareceu que, embora a Repartição estivesse tomando medidas para permitir às mulheres avançar em suas carreiras, elas não poderiam subir automaticamente de P2 a P3 e P4, pois todos os postos exigiram um concurso. O planejamento da sucessão permitiria à Repartição manter o pessoal experiente e, além disso, constituiria uma oportunidade para refletir se os postos e competências ora existentes eram os mais apropriados para suprir as necessidades novas e emergentes. Uma opção poderia ser firmar contratos de prazo mais curto para satisfazer necessidades específicas. A estratégia de recursos humanos da RSPA estava ajudando a preparar-se para o futuro e, ao mesmo tempo, atender as demandas do presente.

217. O Comitê Executivo adotou a resolução CE160.R14, confirmando as modificações formuladas no documento CE160/25.

***Estatísticas sobre a dotação de pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (documento CE160/26)***

218. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido comunicado de que a dotação geral de pessoal em 2016 havia ficado praticamente igual à de 2015. As mulheres ocuparam pouco mais da metade dos postos na categoria de postos profissionais e na de postos sem classificação, mas a maioria delas estava concentrada nos postos profissionais de nível inferior. O Subcomitê também havia sido informado de que as pessoas de 50 a 59 anos constituíam o maior segmento em todas as categorias de pessoal de contrato fixo e que a Repartição tinha começado a tomar uma série de medidas para fazer face à iminente onda de aposentadorias, inclusive um processo com o objetivo de assegurar a transferência de conhecimento e proteger a memória institucional. Explicou-se que um plano de sucessão aprovado pela direção executiva em 2016 estava sendo posto em prática.

219. O Subcomitê havia felicitado a Repartição pelo seu progresso contínuo rumo à paridade de gênero nas categorias profissionais e superiores e havia buscado informações sobre outras iniciativas novas que estavam sendo implementadas para aumentar a mobilidade ascendente para as mulheres que ocupavam postos profissionais inferiores. Incentivou-se a Repartição a continuar a promover a mobilidade geográfica como forma de permitir ao pessoal adquirir habilidades diversas e experiência, fortalecendo assim a excelência técnica da Organização como um todo.

220. Na discussão desse tema pelo Comitê Executivo, assinalou-se que os desafios futuros talvez viessem a exigir que a Repartição contratasse equipes com experiência em

novas áreas, como o financiamento da saúde, a personalização da medicina e temas relativos ao mercado de produtos farmacêuticos.

221. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS (documento CE160/27)***

222. A Sra. Pilar Vidal (Presidente, Associação de Pessoal da OPAS/OMS) destacou os temas que a Associação de Pessoal desejava trazer ao conhecimento do Comitê Executivo. Começou reafirmando o compromisso do pessoal da OPAS com os mandatos e a missão da Organização e notou que as relações entre o pessoal e a direção continuavam a ser construtivas. O pessoal tinha a oportunidade de apresentar seus pontos de vista sobre as decisões que afetavam o ambiente de trabalho, a produtividade e o bem-estar dos funcionários. A Associação de Pessoal notara com satisfação a decisão de elevar a idade de aposentadoria para 65 anos para o pessoal contratado antes de 1º de janeiro de 2014, de acordo com a resolução 70/244 da Assembleia Geral das Nações Unidas; ao mesmo tempo, trabalharia para assegurar que fossem tomadas as medidas necessárias para mitigar qualquer possível impacto negativo da elevação da idade de aposentadoria sobre o pessoal mais novo.

223. A aprovação do Regulamento Interno do Comitê de Apelação e a formalização desse Comitê, com a eleição dos membros pelo pessoal, representava um marco positivo no que se refere à administração da justiça dentro da Repartição. A Associação de Pessoal continuaria a defender um sistema de justiça mais estruturado, sobretudo na área da investigação, e participaria ativamente na análise do protocolo de investigação.

224. A Associação de Pessoal também acolheu os esforços para alinhar os processos de seleção e contratação de pessoal da RSPA com os da OMS. Esse alinhamento simplificaria o processo de seleção e garantiria a participação de representantes do pessoal nesse processo. A Associação de Pessoal monitoraria de perto o impacto das mudanças recém-aprovadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas no pacote de remuneração do pessoal profissional, que poderiam prejudicar a capacidade da Repartição de contratar os melhores profissionais de saúde pública.

225. A Associação de Pessoal apreciava os esforços da direção para melhorar a paridade de gênero na seleção de pessoal, ao mesmo tempo em que reconhecia a necessidade de assegurar a contratação do pessoal mais bem capacitado em termos de eficiência, competência técnica e integridade. Contudo, era necessário envidar mais esforços para aumentar a representação das mulheres nos postos profissionais e ampliar as oportunidades de avanço na carreira para o pessoal feminino. A Associação instou o Departamento de Gestão de Recursos Humanos a implementar um programa eficaz concebido para ajudar as mulheres a adquirir o conhecimento e as habilidades exigidas para que pudessem concorrer a postos de nível mais alto. Era importante para a Organização investir no desenvolvimento de pessoal, pois o pessoal era seu mais importante recurso.

226. Por último, fez uma homenagem à Diretora, elogiando sua liderança e conquistas ao longo dos cinco anos anteriores, bem como seu claro empenho em manter a excelência dentro da Organização e proteger sua integridade e reputação.

227. A Diretora externou seus agradecimentos à Associação de Pessoal por sua colaboração com a direção e sua vontade de compartilhar sua vasta memória institucional. Ela estava bastante ciente da importância de melhorar a paridade de gênero, sobretudo nos níveis mais elevados. A Repartição estava examinando os processos de seleção para verificar como se poderia dar preferência a candidatos do sexo feminino e, ao mesmo tempo, manter a excelência. O pessoal era, de fato, o maior recurso da Organização, e a Diretora comprometeu-se a assegurar que fosse tratado com o respeito e tivesse as melhores condições de trabalho possíveis.

228. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

### **Assuntos de informação geral**

#### ***Atualização sobre a reforma da OMS (documento CE160/INF/1)***

229. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que, em março de 2017, o Subcomitê havia recebido uma atualização sobre as principais ações e avanços no que se refere à reforma da OMS desde o relatório anterior sobre o tema em 2016. Havia-se informado, entre outras coisas, que tanto a OPAS como a OMS haviam continuado a aplicar um enfoque de planejamento de baixo para cima para o desenvolvimento de seus respectivos orçamentos por programas e que a OPAS estava desenvolvendo um portal parecido com o portal do orçamento por programas da OMS na Internet. A Repartição havia proposto suspender a apresentação dos relatórios anuais sobre a reforma da OMS aos Órgãos Diretores da OPAS e, em substituição, fornecer as atualizações necessárias por meio de relatórios sobre temas individuais da agenda.

230. Na discussão do relatório pelo Subcomitê, sugeriu-se que, em vez de suspender por completo a apresentação dos relatórios anuais, a Repartição deveria apresentar atualizações sobre a coordenação entre a OPAS e a OMS com respeito aos programas, governança, resposta a emergências, gestão e recursos humanos, e outras áreas. Indagou-se sobre a certeza de que o portal da OPAS na Internet estaria vinculado eletronicamente ao portal da OMS e teria o mesmo nível de transparência e acessibilidade com respeito aos dados. A Repartição havia explicado que o portal da OPAS não poderia estar vinculado diretamente ao portal da OMS devido à condição da OPAS de entidade com pessoa jurídica própria, mas que a plataforma da OPAS seria praticamente idêntica à da OMS e apresentaria o mesmo nível de informações, com a mesma estrutura e formato, bem como com o mesmo nível de transparência e acessibilidade.

231. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) destacou algumas das principais medidas tomadas no que se refere à reforma da OMS no ano anterior, observando que a maioria dos resultados da reforma havia sido

obtida e que a OMS não havia incluído resultados específicos da reforma no orçamento para programas adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. Informou que a OPAS havia continuado a aplicar um enfoque de baixo para cima na elaboração de seu programa e orçamento e também havia aplicado a metodologia refinada de estratificação das prioridades programáticas aprovada pelo Conselho Diretor em 2016.<sup>7</sup> O trabalho no portal da OPAS na Internet havia continuado e a previsão era que entraria em fase de produção e estaria acessível pelos Estados Membros o mais tardar até setembro. A OMS havia começado a participar da Iniciativa Internacional para a Transparência da Ajuda (IATI); a OPAS estava participando como o Escritório Regional da OMS para as Américas.

232. A Repartição continuou a trabalhar para limitar o número de temas da agenda dos Órgãos Diretores e para melhorar a qualidade dos relatórios submetidos a sua consideração. O Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA), adotado em 2016, havia substituído as diretrizes da OPAS para a colaboração com empresas comerciais e organizações não governamentais. O Programa de Emergências de Saúde da OMS havia sido estabelecido de maneira coordenada no âmbito mundial e regional. Tanto a Secretaria da OMS como a Repartição haviam lançado uma nova ferramenta para a seleção de pessoal e estavam zelando pelo alinhamento dos perfis do pessoal com os requisitos funcionais. Além disso, dentro da OPAS, a transição para o PMIS havia sido concluída.

233. O Sr. Chambliss apresentou um protótipo do portal do programa e orçamento da OPAS na Internet e demonstrou suas diversas funções, que permitiriam aos Estados Membros acompanhar o montante de financiamento disponível para as seis categorias do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 por fonte de financiamento, inclusive o montante recebido da OMS. Além disso, mostraria os resultados imediatos por país e por tipo de gasto.

234. O Comitê Executivo acolheu os esforços realizados no âmbito mundial e regional para levar a cabo a reforma da OMS e reconheceu que, em algumas áreas, as reformas na OPAS haviam precedido as da OMS. Os delegados consideraram que se deveria dar prosseguimento à reforma, pois era uma maneira de melhorar o desempenho, a transparência e a prestação de contas. Além disso, viram com bons olhos os planos da Repartição de continuar a fortalecer o monitoramento e a avaliação conjunta com os Estados Membros do Plano Estratégico da OPAS e do programa e orçamento da Organização. Enfatizou-se que, no interesse do aumento da transparência, deveria ser exigido que todo o pessoal de alto escalão da OPAS, inclusive os representantes da OPAS/OMS, assinasse declarações sobre conflitos de interesses. O alinhamento da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS também foi recebido favoravelmente, e incentivou-se a Repartição a continuar a ajudar os Estados Membros no fortalecimento de sua capacidade de resposta em situações de emergência e na construção de sistemas de saúde resilientes.

---

<sup>7</sup> Ver documento CD55/7 e resolução CD55.R2 (2016).

235. Sugeriu-se que os relatórios sobre a reforma da OMS a serem apresentados no futuro poderiam adotar a forma de relatórios sobre assuntos da OPAS e da OMS de importância estratégica para os Estados Membros. Outra sugestão foi que poderiam conter informações sobre novas áreas de interesse e sobre o progresso alcançado com respeito às atividades em curso, como o novo portal da OPAS na Internet, o Programa de Emergências de Saúde e as discussões relacionadas à OPAS nas sessões dos Órgãos Diretores da OMS.

236. O Sr. Chambliss sugeriu que a Repartição talvez pudesse apresentar uma proposta para os relatórios futuros sobre o tema durante a sessão de março de 2018 do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

237. O Comitê tomou nota do relatório.

***Processo de eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas (documento CE160/INF/2)***

238. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido comunicado do procedimento para a eleição do Diretor, a ser realizada durante a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Em março de 2017, todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados tinham sido convidados a apresentar candidaturas. O prazo para essa apresentação havia se encerrado em 1º de maio, após o qual todas as candidaturas foram compiladas, traduzidas para quatro os idiomas oficiais da Organização e encaminhadas pelo Presidente do Comitê Executivo aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados. O Subcomitê também havia sido informado de que os candidatos indicados seriam convidados a fazer uma apresentação durante um fórum dos candidatos, a ser realizado durante a semana da 160ª Sessão do Comitê Executivo.

239. O Sr. Scott Shauf (Assessor Jurídico Sênior, RSPA) informou que apenas uma candidatura havia sido recebida até o encerramento do prazo, em 1º de maio de 2017: a proposta de nomeação da Dra. Carissa Etienne para um segundo mandato como Diretora da Repartição. A Dra. Etienne teria a oportunidade de fazer uma apresentação durante o fórum dos candidatos, a ser realizado no dia 30 de junho, após o qual os Estados Membros seriam convidados a fazer perguntas. A transcrição literal do fórum seria enviada a todos os Estados Membros.

240. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Situação do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana (PMIS) (documento CE160/INF/3)***

241. A Dra. Lucrecia Hernández Mack (Representante do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia recebido uma atualização em março de 2017 sobre o andamento do projeto do PMIS, cuja primeira fase havia entrado em fase de produção em fevereiro de 2015, abrangendo os recursos humanos e a folha de

pagamento. A Fase 2, abrangendo as finanças, as compras e o orçamento, havia entrado em fase de produção em janeiro de 2016. O ano de 2016 havia sido dedicado à estabilização do sistema, resolução de problemas de governança, aperfeiçoamentos do sistema, criação de relatórios sob medida, fechamento financeiro do projeto e transição da equipe do projeto para o Departamento de Serviços de Tecnologia da Informação da OPAS. O sistema havia sido usado para o fechamento financeiro do ano de 2016, mas um dos próximos desafios seria o fechamento financeiro do biênio 2016-2017, um processo mais complexo do que um fechamento de metade de biênio.

242. Na discussão desse tema pelo Subcomitê, havia sido solicitado que, considerando a previsão de que o fechamento do biênio seria um processo complicado, as atualizações sobre o desempenho do PMIS deveriam continuar a ser apresentadas ao Subcomitê e ao Comitê Executivo.

243. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

#### ***Centros colaboradores da OPAS/OMS (documento CE160/INF/4)***

244. O Subdiretor apresentou esse tema, observando que os centros colaboradores da OPAS/OMS contribuíam para a cooperação técnica da Organização e facilitavam o acesso a conhecimentos técnicos e experiência em uma variedade de áreas em que a OPAS carecia de capacidade técnica ou recursos humanos suficientes para suprir as necessidades dos Estados Membros. Os centros colaboradores haviam prestado assistência valiosa nas áreas da saúde mental e bioética, por exemplo. A perícia disponível nesses centros contribuía para a tomada de decisões com base científica que se traduziam em políticas e programas. As atividades dos centros estavam alinhadas com o Programa Geral de Trabalho da OMS, o Plano Estratégico da OPAS e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

245. Havia atualmente 182 centros colaboradores na Região, distribuídos em 15 países. Os centros eram selecionados por meio de um processo rigoroso que envolvia várias áreas técnicas dentro da OPAS e da OMS. Dentro de cada Organização, havia um funcionário encarregado da coordenação e monitoramento das atividades dos centros que se enquadravam na sua área de responsabilidade. Os centros deveriam executar os planos de trabalho acordados; seu trabalho era avaliado regularmente para verificar se deveriam continuar como centros colaboradores da OPAS/OMS.

246. O Comitê Executivo reafirmou a importância dos centros colaboradores para o fortalecimento da cooperação técnica da OPAS e da OMS com os Estados Membros e para facilitar o intercâmbio de experiências e lições extraídas. Assinalou-se que os centros ofereciam conhecimento especializado e experiência que contribuía para a capacitação e o desenvolvimento tanto nos países-sede como nos países vizinhos, inclusive por meio da cooperação Sul-Sul, Norte-Sul e triangular. Contudo, vários delegados destacaram a necessidade de aumentar a transparência e melhorar a coordenação e comunicação entre os centros colaboradores e os governos dos países em que estavam localizados, solicitando apoio mais firme e vigilância por parte da RSPA para assegurar que o trabalho dos centros

colaboradores tivesse mais impacto no país-sede. Solicitaram-se informações sobre como era tratada a remuneração dos centros colaboradores.

247. Manifestou-se apoio às atividades propostas no Documento CE160/INF/4 para fortalecer os centros colaboradores na Região, em especial a criação de redes nacionais de centros e o estabelecimento de uma plataforma na Internet para difundir os resultados e compartilhar experiências e lições extraídas. Com respeito à possibilidade de organizar uma reunião de todos os centros colaboradores, recomendou-se um planejamento estratégico cuidadoso em vista do grande número de centros e da diversidade das suas áreas de atuação.

248. O Subdiretor observou que já haviam sido realizadas várias reuniões altamente produtivas dos centros colaboradores em áreas específicas. Quanto à remuneração dos centros colaboradores, esclareceu que os centros usavam os próprios orçamentos para financiar suas atividades. Eles não recebiam nenhuma remuneração direta da Organização, embora a OPAS pudesse ajudá-los arcando com gastos de viagem e outras despesas relacionadas no caso de projetos ou estudos específicos que a Organização lhes solicitasse.

249. Explicou que, para ser designada centro colaborador, uma instituição precisava ter trabalhado com a OPAS ou a OMS por pelo menos dois anos e que, após ser designada, devia cumprir um plano de trabalho acordado para ser novamente designada. Acrescentou que, para uma instituição ser designada centro colaborador da OPAS/OMS, faziam-se sempre consultas aos governos e solicitava-se sua aprovação. Assim, os governos sabiam que instituições tinham sido designadas e podiam trabalhar diretamente com elas para fortalecer a coordenação no âmbito nacional. As redes nacionais de centros colaboradores também poderiam ajudar a melhorar a coordenação.

250. A Diretora externou seu agradecimento pela contribuição dos centros colaboradores da OPAS/OMS para o intercâmbio de conhecimento e experiência na Região e pelo apoio ao trabalho da OPAS, sobretudo na resposta às emergências de saúde e surtos de doenças.

251. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

***Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final (documento CE160/INF/5)***

252. A Dra. Kira Fortune (Chefe interina, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) apresentou esse tema, afirmando que a violência em todas as suas manifestações era um grave problema de saúde pública nas Américas e um obstáculo ao desenvolvimento. O homicídio era a forma mais visível de violência e, não raro, a única sobre a qual eram coletados dados sistematicamente para as estatísticas nacionais. A Região da América Latina e Caribe apresentava a taxa de homicídios de crianças e adolescentes mais alta do mundo, consequência dos níveis alarmantes de violência armada, atividades de gangues e crime organizado. Contudo, a violência também costumava ocorrer nos lares e nas famílias e, em muitos casos, era invisível nas estatísticas

nacionais. A cada ano, 58% dos meninos e meninas na região da América Latina e Caribe sofria alguma forma de abuso físico, sexual ou emocional. Além disso, uma em cada três mulheres na Região era alvo de abuso do seu parceiro ou de violência sexual por pessoas outras que não seu parceiro.

253. O impacto dessa violência era imensurável. Seus efeitos podiam ser imediatos, mas também podiam perdurar uma vida inteira, manifestando-se na forma de problemas de saúde mental, gravidez indesejada e uso prejudicial de tabaco, drogas e álcool. Além disso, estudos revelavam que a violência implicava custos econômicos elevados em termos de custos judiciais e médicos e de perda de produtividade, o que poderia desacelerar de fato o desenvolvimento econômico e social de um país. Assim, a prevenção da violência era uma prioridade para a Região, e o setor de saúde tinha um papel fundamental a cumprir.

254. A experiência regional nessa área havia permitido à OPAS apoiar a elaboração e aprovação do Plano de ação mundial para fortalecer a função do sistema de saúde dentro de uma resposta nacional multissetorial para abordar a violência interpessoal, em particular contra as mulheres e meninas e contra as crianças, endossado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2016. Em um relatório sobre a situação mundial da prevenção da violência de 2014 (*Global Status Report on Violence Prevention 2014*), foram compilados pela primeira vez dados sistemáticos autorizados pelos governos. O relatório revelava que a maioria dos países e territórios na Região havia tomado medidas para formular planos e programas de intervenção nacionais ou subnacionais para enfrentar diversas formas de violência. Quatro países da Região também haviam criado observatórios abrangentes. Além disso, a maioria havia investido em programas de prevenção primária que abarcavam as sete estratégias de prevenção da violência recomendadas pela OMS no ano de 2010, as quais eram consideradas “o melhor investimento”. Durante os 10 anos anteriores, a RSPA havia intensificado a cooperação com os Estados Membros para apoiar esforços para prevenir a violência contra mulheres, meninas, crianças e jovens, produzindo análises, diretrizes e pacotes técnicos em colaboração com a OMS e outros organismos internacionais e nacionais.

255. Apesar do aumento da visibilidade da prevenção da violência nas agendas de política, poucos reconheciam a violência e os traumatismos como uma questão da saúde pública significativa. Ademais, menos da metade dos países e territórios informantes havia tomado medidas na forma de políticas sociais e educacionais para enfrentar os fatores-chave do risco da violência. O relatório mundial de 2014 também revelou uma variação acentuada na disponibilidade de serviços para identificar, encaminhar, proteger e apoiar as vítimas da violência. Assim, a prevenção da violência exigiria um aumento da colaboração multissetorial e investimento a longo prazo. Os Estados Membros foram incentivados a continuar a defender o reconhecimento da violência como uma prioridade de saúde pública, o aumento do investimento na sua prevenção e a continuação da implementação da Estratégia e plano de ação para o reforço da saúde para abordar a violência contra a mulher — uma iniciativa regional — e do Plano de ação mundial para fortalecer a função do sistema de saúde dentro de uma resposta nacional multissetorial para

abordar a violência interpessoal, em particular contra as mulheres e meninas e contra as crianças.

256. O Comitê Executivo aplaudiu o progresso feito pelos países ao abordar a violência como um problema de saúde pública. Contudo, o consenso foi que ainda havia muito a fazer, pois a violência na Região estava aumentando, tornando as Américas a mais violenta das seis regiões da OMS. Assim, havia uma necessidade urgente de ampliar os esforços de prevenção e resposta por meio de programas e iniciativas nacionais. Incentivou-se a Repartição a buscar maneiras de maximizar o impacto dos investimentos na prevenção, em programas, em práticas e em políticas, buscando fazer mais para abordar a interconexão entre as diversas formas de violência. Também surgiu o consenso de que a violência era um problema da sociedade que exigia medidas na área da educação, inclusive da educação sexual, bem como a coordenação entre diversos setores. Os delegados manifestaram o compromisso de seus países com a implementação dos planos de ação regionais e mundiais.

257. Muitos delegados mencionaram a alta prevalência de violência doméstica e de gênero, indicaram que esses problemas eram uma prioridade nacional e descreveram os esforços de seus países para combater violência contra as mulheres, meninas e crianças em geral. Uma delegada ressaltou que a violência contra a mulher era tanto uma questão de saúde pública como uma violação dos direitos humanos, com consequências de longo alcance não apenas para as mulheres e famílias, mas também para as economias nacionais. O consumo do álcool e substâncias psicoativas foi mencionado como um fator que contribuía para a violência interpessoal, e vários delegados vincularam-no à disponibilidade de armas de fogo. Outras áreas de preocupação foram a violência das gangues e entre os jovens e os maus-tratos contra idosos.

258. A Dra. Fortune destacou que se havia observado uma mudança, pois aumentara o reconhecimento da violência como um problema de saúde pública. Contudo, os esforços para prevenir a violência tinham de ser ampliados. A falta de dados continuava a dificultar a formulação de planos e iniciativas nacionais, mas o problema estava sendo enfrentado e estavam sendo tomadas medidas para desagregar os dados a fim de compreender a realidade nos países. Era necessário um enfoque multissetorial, e a RSPA estava trabalhando lado a lado com outros setores e organismos afins para abordar o problema. Além disso, era importante aprender com as experiências dos países o que tinha funcionado e o que tinha sido um desafio para, assim, poder apresentar modelos com os quais fosse possível alcançar os resultados esperados, sobretudo para fazer face à violência das gangues, aos homicídios, à violência entre os jovens e aos maus-tratos contra os idosos.

259. A Diretora observou que, apesar das melhorias relatadas, a violência em todas as suas formas continuava a ser um grave problema social na Região que ia muito mais além da esfera da saúde pública. A violência não apenas contribuía para o aumento da mortalidade, morbidade e incapacidade, mas também tinha implicações sociais e econômicas. A violência era a grande causa das mortes de jovens e, assim, fazia a Região perder muitos anos de expectativa de vida. Estava, inclusive, afetando o turismo, um fator de grande peso nas economias da América Central e Caribe. Contudo, a resposta ao

problema havia sido limitada. O setor da saúde precisaria envolver os chefes de Estado e outros setores no esforço para pôr fim à violência. A RSPA prestaria toda a sua colaboração nesse sentido. A OEA também poderia contribuir ao destacar o fato de que a Região não poderia progredir economicamente e alcançar o desenvolvimento sustentável se não fizesse face ao problema — cada vez mais grave — da violência na sociedade.

260. O Comitê tomou nota do relatório.

***Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final (documento CE160/INF/6)***

261. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) apresentou o relatório, observando que a meta da estratégia e plano de ação para prevenção e controle do câncer do colo uterino tinha sido desenvolver e/ou fortalecer os programas de prevenção e controle do câncer do colo uterino na Região. O plano havia sido formulado de modo a abordar a carga desse câncer, que ainda era elevada e afetava desproporcionalmente as populações vulneráveis. Embora o plano não contivesse metas nem indicadores, a resolução que o adotava (resolução CD48.R10) previa ações específicas por parte dos Estados Membros e da Repartição.

262. Todos os países na Região haviam obtido avanços significativos na melhoria das suas estratégias de saúde pública para a prevenção e controle do câncer do colo uterino. Até dezembro de 2016, 23 países e territórios haviam adotado a vacina contra o papilomavírus humano (HPV) para as meninas de 9 a 13 anos, com o apoio do Fundo Rotativo da OPAS. Nove países haviam incorporado o teste do HPV como estratégia primária de triagem, embora o exame tradicional de Papanicolau continuasse a ser a principal estratégia de triagem. Não havia informação dos programas nacionais sobre a proporção das mulheres tratadas, embora a taxa de tratamento fosse um indicador importante do êxito. Assim, havia a necessidade de incorporar os indicadores do câncer do colo uterino aos sistemas de informação em saúde. Quase todos os países informaram que contavam com serviços de radioterapia para o tratamento do câncer, com a exceção de vários países do Caribe, onde esses serviços não estavam disponíveis amplamente. O alto custo do tratamento do câncer e as limitações de capacidade dos sistemas de saúde para oferecer radioterapia, quimioterapia e intervenções cirúrgicas para combater o câncer continuavam a ser obstáculos para a melhoria da atenção. O acesso aos cuidados paliativos também era um desafio, pois apenas nove países haviam informado que tinham esses serviços.

263. Os esforços para reduzir a carga do câncer do colo uterino nas Américas continuaram a enfrentar grandes desafios. O controle desse tipo de câncer não costuma ser considerado uma prioridade em países em que o orçamento da saúde é limitado. Além disso, fazer face aos elevados custos associados a novas tecnologias, como vacinas contra o HPV e o tratamento contra o câncer, continua a ser uma grande prioridade para ampliar o acesso a essas tecnologias que salvam vidas. A Repartição continuaria a apoiar os Estados Membros nos seus esforços para formar as capacidades para a vacinação contra

o HPV e para a detecção e tratamento do câncer do colo uterino, bem como para melhorar o monitoramento e a avaliação dos programas.

264. O Comitê Executivo acolheu os avanços feitos na prevenção e controle do câncer do colo uterino e, ao mesmo tempo, reconheceu que muito mais precisa ser feito. Um delegado mencionou que esse tipo de câncer afetava desproporcionalmente as mulheres nas comunidades vulneráveis e apontou os muitos desafios enfrentados pelos países, como o acesso limitado a testes e serviços de tratamento, a capacidade limitada dos recursos humanos e as limitações da infraestrutura. Houve consenso em torno da importância do intercâmbio de informações, lições extraídas e boas práticas. A necessidade de parcerias e cooperação Sul-Sul também foi destacada, e a Repartição foi instada a facilitar essa cooperação. Uma delegada apontou que avanços recentes na vacinação de meninos e meninas contra o HPV, no diagnóstico do HPV e no tratamento do câncer do colo uterino constituíam uma oportunidade real para reforçar o progresso na prevenção e controle desse câncer. Vários delegados mencionaram a importância de educar o público e contar com os profissionais da saúde e a sociedade civil, inclusive os grupos religiosos, nos esforços para promover a adoção da vacina contra o HPV. Outros falaram da necessidade de melhorar os sistemas de informação em saúde e os registros de casos de câncer do colo uterino, bem como de aproveitar o Fundo Rotativo para comprar a vacina contra o HPV a preços acessíveis.

265. O Dr. Hennis disse que os avanços na prevenção e controle do câncer do colo uterino não teriam sido possíveis sem o alto nível de participação dos Estados Membros. Destacou o extraordinário progresso obtido no Caribe, em especial, e ressaltou a importância da detecção precoce, triagem, prevenção e controle, assim como do acesso à vacina contra o HPV, o que continuava a ser um problema apesar da disponibilidade da vacina por meio do Fundo Rotativo. A Repartição estava trabalhando para identificar os fatores que limitavam o acesso das populações mais vulneráveis. Era fundamental compartilhar as lições sobre o que funcionou e o que não. Ele incentivou os países a criarem registros de casos de câncer para fazer um acompanhamento dos resultados e avaliar a eficácia das intervenções de saúde pública. Por fim, afirmou que a Repartição esperava continuar a trabalhar com os Estados Membros rumo à eliminação do câncer do colo uterino.

266. A Diretora reconheceu os esforços e o compromisso dos Estados Membros com a prevenção e controle do câncer do colo uterino. Entretanto, a Região ainda tinha um longo caminho a percorrer, uma vez que se previa um aumento da incidência e mortalidade desse tipo de câncer na América Latina e Caribe. Assim, os Estados Membros deveriam redobrar seus esforços para ampliar o acesso à vacinação contra o HPV, com o objetivo de alcançar até mesmo as populações nas áreas mais remotas e sujeitas às condições de maior vulnerabilidade. Também era indispensável que houvesse mais acesso a triagem. Ao mesmo tempo, era importante compreender por que algumas mulheres não aproveitavam a oportunidade de participar de atividades de triagem e abordar esses problemas. Ela concordou que havia a necessidade de reforçar a educação e a prestação de informações ao público sobre o câncer do colo uterino. Além disso, deveriam ser tomadas

medidas para garantir que todas as pessoas, inclusive as populações de baixa renda, tivessem acesso a tratamento. A RSPA estudaria as maneiras de facilitar o acesso a quimioterapia e radioterapia por intermédio do Fundo Estratégico.

267. O Comitê tomou nota do relatório.

***Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas: Relatório final (documento CE160/INF/7)***

268. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) apresentou esse tema e informou que a saúde bucodental havia melhorado substancialmente na Região por três motivos principais. O primeiro era a implementação de programas de fluoração do sal e da água com boa relação custo-benefício em cada país das Américas. Graças a isso, os países, com base em pesquisas sobre a saúde bucodental usando a pontuação do índice DCPO (dentes cariados, perdidos e obturados), haviam informado uma diminuição significativa da prevalência das cáries dentais. Os programas de fluoração haviam proporcionado evidências de que a prevenção era a chave que permitiria continuar a obter avanços na saúde bucodental e entender melhor como incorporar a saúde bucodental aos programas de atenção primária à saúde.

269. Em segundo lugar, os serviços de saúde bucodental haviam melhorado. Havia sido adotado um tratamento com boa relação custo-benefício para as cáries dentárias usando a técnica do tratamento restaurador atraumático (TRA), reconhecida por todos os países como um modelo de boa prática cujo alcance havia sido estendido a toda a Região. Em terceiro lugar, o vínculo direto entre a saúde bucodental e os fatores de risco das doenças não transmissíveis havia sido esclarecido mediante, entre outras coisas, a inclusão da saúde bucodental na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (2011). O projeto multinacional SOFAR (saúde bucodental e fatores de risco) havia sido posto em prática em nove países no intuito de melhorar ainda mais a saúde bucodental na infância e reduzir os fatores de risco comuns das doenças não transmissíveis por meio de enfoques multidisciplinares.

270. Para continuar a melhorar a saúde bucodental e a saúde geral na Região, é necessário reconhecer a saúde bucodental como importante para a saúde geral e como um fator que repercutia diretamente na qualidade de vida da população que estava envelhecendo. Os países deveriam continuar a fortalecer a capacidade dos trabalhadores da atenção primária à saúde para melhorar a saúde bucodental e incorporar, de forma sustentável, a saúde bucodental à atenção primária à saúde. Além disso, deveria ser abordado o estado da ciência com respeito à vinculação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o câncer da cavidade bucal e suas implicações para a pesquisa e as políticas de saúde pública no futuro na Região.

271. O Comitê Executivo recebeu favoravelmente o relatório e aplaudiu o progresso realizado. Houve consenso quanto à importância da saúde bucodental para a saúde geral e

prevenção de doenças sistêmicas ao longo do ciclo de vida. Os delegados descreveram programas e conquistas de seus países na área da saúde bucodental, salientando a necessidade de esforços integrados e intersetoriais que abrangessem programas educacionais, parcerias com universidades, programas de saúde bucodental nas unidades de atenção primária à saúde, fluoretação da água e do sal e programas nutricionais, entre outras medidas. Uma delegada destacou a importância da intervenção precoce na forma de programas nas escolas. Outra delegada observou que a Repartição estava trabalhando em um novo plano intitulado “*Advancing Public Oral Health Policies through the Life Course and Strengthening the Workforce* [Promoção das políticas públicas de saúde bucodental ao longo do ciclo de vida e fortalecimento da força de trabalho]” a ser concluído até dezembro de 2017, e perguntou se havia a previsão de que ele seria um novo plano regional sobre a saúde bucodental.

272. O Dr. de Francisco Serpa afirmou que a saúde começava na boca e deveria ser abordada nos programas de saúde da família para que medidas educativas e corretivas pudessem ser tomadas nas primeiras etapas da vida. Além de melhorar a saúde bucodental, essa educação ajudaria a adotar dietas mais saudáveis, inclusive com a redução do consumo de açúcar e a prevenção da desnutrição e de doenças não transmissíveis. O novo plano visava incorporar a saúde bucodental em todo o ciclo de vida e encontrar maneiras de promover a saúde nutricional e programas de saúde da família por meio dos serviços de saúde. Como tal, não era um plano de ação.

273. A Diretora felicitou os Estados Membros pelo progresso realizado na saúde bucodental. Observou que o exercício de estratificação das prioridades programáticas realizado nos Estados Membros havia revelado que a saúde bucodental não figurava nas primeiras posições da sua lista de prioridades para a cooperação técnica da OPAS. Uma conclusão a que se poderia chegar com base nesse resultado era que os Estados Membros reconheciam sua própria capacidade para cuidar da saúde bucodental. Com isso em mente, seria necessário continuar a reavaliar a alocação de recursos para o programa de saúde bucodental, que já eram mínimos.

274. O Comitê tomou nota do relatório.

#### ***Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (documento CE160/INF/8, A-M)***

##### ***A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso***

275. Reconheceu-se que os determinantes sociais da saúde e as decisões tomadas por setores outros que não o setor da saúde poderiam afetar, de forma positiva ou negativa, a saúde das populações e destacou-se a necessidade de enfoques intersetoriais para atacar os problemas da saúde pública. O Delegado do México, ao observar que seu país tinha criado recentemente um observatório das iniquidades em saúde, perguntou se o México estava incluído entre os países que formavam a linha de base dos indicadores 1.1.1, 1.1.2, e 2.1.1 do plano de ação.

276. A Dra. Kira Fortune (Chefe interina, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) reconheceu o trabalho exemplar que o México tinha feito no que se referia à saúde em todas as políticas. Além disso, confirmou que o país fazia parte da linha de base do indicador 2.1.1 e se previa que conseguiria alcançar os outros dois indicadores.

277. O Comitê tomou nota do relatório.

*B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso*

278. Destacou-se o progresso realizado, mas assinalou-se que continuava a haver brechas e desafios na vigilância epidemiológica, ocupacional e ambiental. A necessidade de medidas educacionais e preventivas direcionadas aos jovens em idade ativa, famílias e comunidades foi realçada, assim como a necessidade de vigilância dos locais de trabalho. Sugeriu-se que a legislação adotada no Panamá sobre a regulamentação do uso de pesticidas talvez pudesse oferecer orientações úteis para o aprofundamento do trabalho nessa área.

279. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) disse que o trabalho na área da doença renal crônica nas comunidades agrícolas continuava a ser uma prioridade, sobretudo no caso dos países centro-americanos. Concordou que era essencial abordar os fatores ambientais e ocupacionais que expunham as pessoas ao risco da doença.

280. O Comitê tomou nota do relatório.

*C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária*

281. O Comitê tomou nota do relatório.

*D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso*

282. Os delegados acolheram o relatório. Concordaram que as barreiras e a discriminação no acesso aos serviços de saúde poderiam ter consequências negativas para a saúde das pessoas LGBT e afirmaram que todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, tinham direito ao mais alto padrão de saúde física e mental possível. Uma delegada instou os governos a descriminalizar as condutas homossexuais, apoiar o trabalho das organizações LGBT de base e combater a violência e a discriminação contra pessoas com base em sua orientação sexual ou identidade de gênero. Outra delegada salientou a necessidade de formação que permitisse aos profissionais da saúde compreender como os estereótipos de gênero e a discriminação podiam afetar a saúde. Essas duas delegadas salientaram a necessidade de análise interseccional e de dados que levassem em consideração o fato de que as pessoas LGBT poderiam ser alvo de discriminação não apenas por sua identidade de gênero ou orientação sexual, mas também

por motivos de raça ou etnia, religião, idade, condição socioeconômica ou situação migratória.

283. A Dra. Nancy Machado (Assessora Legal, Escritório do Assessor Jurídico, RSPA) disse que as observações dos delegados estavam bem alinhadas com o trabalho interprogramático em andamento sobre esse tema.

284. A Dra. Amalia del Riego (Chefe, Serviços de Saúde e Unidade de Acesso, RSPA) mencionou o forte vínculo entre o trabalho destinado a eliminar as disparidades no acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde e o trabalho destinado a concretizar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Acrescentou que o relatório a ser apresentado à Conferência Sanitária Pan-Americana conteria mais informações extraídas da avaliação e revisão da bibliografia mencionadas no relatório de progresso (documento CE160/INF/8).

285. O Comitê tomou nota do relatório.

*E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso*

286. O progresso realizado na incorporação de um enfoque de direitos humanos às políticas e iniciativas de saúde foi recebido favoravelmente. Assinalou-se que a estrutura conceitual para a saúde e os direitos humanos levava em conta muitos determinantes importantes que tinham um impacto na saúde e no bem-estar, mas ela não reconhecia explicitamente a igualdade de gênero como um determinante da saúde. Incentivou-se a RSPA a incorporar a igualdade de gênero como um aspecto-chave em toda a cooperação técnica prestada no campo da saúde e dos direitos humanos. Além disso, defendeu-se a ideia de pôr em prática as recomendações do grupo de trabalho de alto nível estabelecido recentemente na área da saúde e dos direitos humanos das mulheres, crianças e adolescentes.<sup>8</sup>

287. Uma delegada, ao recordar como haviam sido renhidas as negociações sobre a estrutura conceitual da saúde e dos direitos humanos, disse que seu governo continuava a ver o direito de gozar do mais alto padrão possível de saúde como um direito que não poderia ser resolvido na justiça e que deveria ser concretizado de maneira progressiva. Sugeriu que a versão revista do relatório de progresso a ser apresentado à Conferência Sanitária Pan-Americana reforçasse a ideia de que a decisão de acolher os instrumentos internacionais era soberana e que nem todos os instrumentos se aplicavam a todos os Estados Membros. Além disso, deveria identificar as seis áreas específicas da cooperação técnica sobre esse tema e esclarecer quantos Estados Membros estavam participando da Comissão para a Equidade e as Desigualdades em Saúde na Região das Américas.

288. A Dra. Nancy Machado (Assessora Legal, Escritório do Assessor Jurídico, RSPA) disse que a Repartição havia tomado nota das sugestões e tentaria ajustar o texto do

---

<sup>8</sup> Mais informação disponível (em inglês) no seguinte enlace:  
<http://www.who.int/life-course/news/human-rights-working-group-for-women-children-adolescents/en/>

documento para transmitir a ideia de que as medidas tomadas pelos Estados Membros com respeito à saúde e aos direitos humanos tinham que enquadrar-se no contexto predominante e no marco jurídico aplicável nesses Estados.

289. O Comitê tomou nota do relatório.

*F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária*

290. Assinalou-se o progresso limitado rumo à consecução das metas estabelecidas no plano de ação e destacou-se a necessidade de os Estados Membros reafirmarem seu compromisso com a manutenção de uma ampla cobertura de vacinação. Além disso, enfatizou-se que, apesar do êxito obtido com respeito à eliminação do sarampo e da rubéola, as metas para essas duas doenças deveriam ser mantidas, sobretudo porque a como migração e outros fatores constituíam um risco da introdução de novos casos. Sugeriu-se considerar a possibilidade de acrescentar um indicador do investimento em sistemas de saúde, cadeias de refrigeração e sistemas de informação. Um delegado afirmou que o fortalecimento dos programas de vacinação nacionais e a vigilância não apenas ajudariam a prevenir surtos das doenças, mas também facilitariam a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), contribuiriam para o controle da resistência aos antimicrobianos e ajudariam promover o desenvolvimento sustentável.

291. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) disse que era importante compreender a relação entre os sistemas de saúde, os investimentos e a vacinação, e afirmou que os investimentos eram essenciais para a manutenção de uma ampla cobertura de vacinação entre todos os grupos populacionais.

292. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz-Matus (Chefe, Unidade de Imunização Integral da Família, RSPA) assinalou que, embora o plano de ação não contivesse um indicador específico sobre o investimento nas cadeias de refrigeração, continha um indicador sobre a proporção do investimento público nos programas de vacinação. Este indicador estabelecia como meta que mais de 90% do financiamento para esses programas deveria vir de fontes de recursos nacionais.

293. O Comitê tomou nota do relatório.

*G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária*

294. Os delegados acolheram o progresso feito na implementação da estratégia e plano de ação e manifestaram seu apoio aos ajustes propostos nos indicadores 1.1.1, 1.2.1, e 1.2.3. Sugeriu-se que os Estados Membros estudassem a possibilidade de definir um ou mais indicadores para o objetivo 3.2, que poderiam ser usados para acompanhar a implementação dos programas padronizados de educação sobre a epilepsia dirigidos ao público em geral. Considerou-se que, para assegurar a alocação de recursos suficientes para fazer face à carga da epilepsia, era fundamental combater o estigma associado à doença e dar continuidade aos esforços do governo e dos setores privado e social para implementar e avaliar programas de prevenção e tratamento eficazes em instituições de

saúde, comunidades e lares. Assinalou-se que a criação de serviços específicos para a atenção às pessoas com epilepsia poderia gerar discriminação contra essas pessoas, e destacou-se a importância de um enfoque integral de atenção que abarcasse a totalidade do ciclo de vida.

295. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) observou que a questão da epilepsia provavelmente não era tão visível quanto deveria ser, pois a doença era uma causa significativa de saúde precária. Observou que os indicadores estabelecidos originalmente no âmbito da estratégia e plano de ação tinham sido um pouco ambiciosos demais e acolheu o apoio dos Estados Membros à proposta da Repartição de abaixá-los para níveis mais realistas. Além disso, agradeceu a sugestão feita no que se refere ao objetivo 3.2. A educação sobre a epilepsia era realmente importante, sobretudo para combater a discriminação e o estigma.

296. O Comitê tomou nota do relatório.

*H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária*

297. Os delegados acolheram com satisfação os esforços para prevenir as doenças mentais e promover o bem-estar mental, e assinalaram os custos econômicos e sociais dos problemas de saúde mental. Manifestou-se forte apoio aos modelos baseados nas comunidades para a atenção às pessoas com problemas de saúde mental, e destacou-se a importância de incorporar os serviços de saúde mental à atenção primária à saúde. Enfatizou-se a vinculação entre os problemas de saúde mental e outros problemas de saúde, e chamou-se a atenção para a importância de um enfoque integrado para abordar a saúde mental. Além disso, considerou-se essencial aumentar a consciência sobre os problemas de saúde mental, ampliar o acesso aos serviços de saúde mental e combater o estigma associado às doenças mentais. Um delegado destacou a necessidade de os serviços de saúde abordarem a carga crescente dos problemas de saúde mental associados ao envelhecimento da população, sobretudo o mal de Alzheimer e outras formas de demência.

298. Manifestou-se apoio às ações recomendadas no relatório de progresso, em particular as relacionadas ao fortalecimento dos sistemas de informação e vigilância e à melhoria da precisão das informações sobre suicídios na Região. Com respeito a este último ponto, a Delegada do Panamá observou que a sub-região da América Central e República Dominicana estava criando um observatório sobre o comportamento suicida e elaborando um conjunto de indicadores básicos padronizados de saúde mental.

299. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) afirmou que era gratificante ver a importância da saúde mental e do seu impacto sobre a saúde geral ter sido reconhecida após sua incorporação ao ODS 3. Embora não restasse dúvida de que ainda havia desafios a vencer em termos do combate ao estigma e à discriminação da melhoria da acessibilidade dos serviços de saúde mental, era preciso reconhecer que haviam sido obtidos avanços significativos na atenção à saúde mental. Elogiaram-se, em especial, os Estados Membros que estavam tomando medidas para incorporar os serviços de saúde mental à atenção primária à saúde.

300. O Comitê tomou nota do relatório.

*I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária*

301. Uma delegada disse que sua delegação concordava, em linhas gerais, com os métodos de medição usados na revisão intermediária para avaliar o progresso, mas que teria ficado mais satisfeita se houvessem sido incluídas informações sobre os investimentos no âmbito nacional para capacitar e contratar profissionais da saúde capacitados para atender pessoas com deficiências. Ela manifestou a esperança de que os futuros relatórios dariam mais atenção à importante questão do desenvolvimento da força de trabalho. Além disso, seria útil incluir exemplos de boas práticas com respeito às intervenções dos sistemas de saúde para melhorar as vidas e o bem-estar dos deficientes.

302. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) disse que a Repartição havia tomado nota das observações com respeito aos investimentos necessários para capacitar e contratar os profissionais de saúde pertinentes. Observou que a questão das deficiências e reabilitação não havia alcançado uma posição particularmente alta nos recentes exercícios de priorização realizados no âmbito nacional, o que era motivo de preocupação, sobretudo à luz da carga significativa das deficiências vinculadas às doenças não transmissíveis na Região.

303. A Diretora observou que os relatórios de progresso sobre a epilepsia, a saúde mental, as deficiências e a imunização destacavam a importância de fortalecer os sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde e assegurar a formação adequada do pessoal. Além disso, ilustravam a necessidade de ações comunitárias e de dispositivos legais para tratar da discriminação e do estigma associado aos problemas de saúde mental, deficiências e epilepsia. Com respeito à vacinação, apelou aos Estados Membros que garantissem a equidade na cobertura da vacinação. Os dados disponíveis mostravam que havia muitos municípios onde a cobertura era inferior à média nacional global. A baixa cobertura poderia dar lugar a focos de pessoas suscetíveis, que poderiam restabelecer a transmissão das doenças já eliminadas ou quase eliminadas.

304. O Comitê tomou nota do relatório.

*J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária*

305. A Delegada do Equador descreveu o trabalho que seu país estava empreendendo, tirando partido das lições extraídas do terremoto recente no Equador, para fortalecer a colaboração com outros países da Região no tocante à assistência humanitária. Entre essas atividades, destacavam-se a organização de uma rede regional para a assistência humanitária, a participação na iniciativa de equipes médicas de emergência da OMS e a elaboração de procedimentos para a gestão de provisões e medicamentos. O Delegado do México indicou que sua delegação apresentaria por escrito observações detalhadas sobre a revisão intermediária.

306. O Comitê tomou nota do relatório.

*K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório do progresso*

307. Os delegados manifestaram seu firme apoio aos esforços da Organização para fomentar a cooperação visando o desenvolvimento da saúde na Região e descreveram as iniciativas de cooperação de seus países. Ressaltou-se o valor de compartilhar as experiências exitosas e as lições extraídas, e destacou-se a importante função que a RSPA poderia cumprir ao facilitar esse intercâmbio. A Delegada de Antígua e Barbuda informou que seu país havia conseguido reforçar sua capacidade nas áreas da diplomacia e relações internacionais em matéria de saúde graças a sua participação no Programa de Fortalecimento da Cooperação para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas, oferecido pela OPAS e pelo Centro de Relações Internacionais em Saúde da FIOCRUZ, no Brasil.

308. Recomendou-se que os futuros relatórios contivessem exemplos concretos da cooperação para o desenvolvimento da saúde e informações sobre os resultados obtidos. Além disso, sugeriu-se que deveriam concentrar-se no impacto dessa cooperação sobre as populações mais vulneráveis. Uma delegada manifestou especial interesse no impacto da cooperação sobre o desenvolvimento da saúde nas mulheres e meninas e sobre seus direitos sexuais e reprodutivos.

309. A Sra. Ana Solís-Ortega Treasure (Chefe, Escritório de Coordenação Nacional e Sub-regional, RSPA) observou que tinha sido difícil catalogar a enorme quantidade de iniciativas de cooperação que estavam ocorrendo entre os países da Região. A Repartição estava fazendo pesquisas para identificar as muitas iniciativas em andamento e se esforçaria para apresentar informações mais completas em futuros relatórios. Outra dificuldade encontrada para medir o impacto havia sido a natureza da cooperação Sul-Sul e triangular. Contudo, à medida que o trabalho avançasse, seriam elaborados indicadores e mecanismos de monitoramento, o que deveria facilitar a tarefa de avaliar o impacto dessa cooperação. A Repartição pretendia implementar uma plataforma para compartilhar as melhores práticas.

310. O Comitê tomou nota do relatório.

*L. Análise da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso*

311. O Comitê tomou nota do relatório.

*M. Situação dos Centros Pan-Americanos*

312. O Comitê tomou nota do relatório.

---

***Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (documento CE160/INF/9, A-B)***

*A. 70ª Assembleia Mundial da Saúde*

313. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) resumiu os resultados da Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde (AMS), ressaltando o papel de destaque desempenhado por diversos representantes da Região das Américas nas discussões. A Região havia-se distinguido pelo elevado nível de preparação para as sessões e havia apresentado pelo menos 11 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. A Assembleia da Saúde havia adotado 16 resoluções e 24 decisões. Como a Assembleia havia-se encerrado apenas 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. Informações mais detalhadas seriam apresentadas à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

314. Após destacar várias das resoluções e decisões adotadas, A Sra. Huerta observou que a resolução WHA70.6 — sobre os recursos humanos para a saúde e a aplicação dos resultados da comissão de alto nível das Nações Unidas sobre emprego no âmbito da saúde e crescimento econômico — certamente teria um impacto sobre o documento de estratégia da OPAS sobre recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Em decorrência da decisão WHA70(11), sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), esse tema havia sido incluído na agenda da Conferência Sanitária Pan-Americana. Já a decisão WHA70(20), sobre o fortalecimento das sinergias entre a Assembleia Mundial da Saúde e a Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, claramente tinha implicações para a análise da estratégia e plano de ação sobre o controle do tabaco a ser feita pela OPAS.

315. A Diretora elogiou os Estados Membros da Região pela sua participação ativa na Assembleia Mundial da Saúde e pela função de liderança que a Região estava desempenhando no âmbito mundial.

*B. Organizações sub-regionais*

316. A Sra. Ana Solís-Ortega Treasure (Chefe, Escritório de Coordenação Nacional e Sub-regional, RSPA) descreveu diversas resoluções e acordos sobre assuntos relacionados com a saúde adotados pelas organizações de integração sub-regional com sede na América Central, Caribe e América do Sul. Ela chamou a atenção para o documento CE160/INF/9(B), que enumerava essas organizações sub-regionais e alguns dos eventos dos quais haviam participado no ano passado. Ao frisar que essa cooperação era fundamental para a melhoria da situação da saúde na Região, disse que a Repartição continuava empenhada em apoiar os processos sub-regionais nos casos em que isso fosse possível. Acrescentou que a RSPA tinha um papel a cumprir em certas áreas específicas, como as negociações conjuntas sobre o preço dos medicamentos de alto custo, a

coordenação de políticas sobre a capacitação dos recursos humanos em saúde e a resposta às doenças transmitidas por vetores.

317. A Delegada do Panamá mencionou que seu país acabara de substituir a Costa Rica na presidência do Conselho de Ministros da Saúde da América Central e República Dominicana (COMISCA). Na mais recente reunião do COMISCA, os países haviam concordado em implementar um mecanismo para negociar de maneira conjunta os preços de medicamentos de alto custo; cada país contribuía com base na economia que havia feito por meio do mecanismo. Acrescentou que o próprio Panamá estava buscando uma estratégia de diversificação das compras usando os diversos mecanismos disponíveis, inclusive o Fundo Estratégico da OPAS. Destacou também que a Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD) havia se transformado recentemente no Fórum Intersetorial Regional para a Saúde da América Central e República Dominicana, cuja primeira sessão ocorreria no Panamá. O apoio da OPAS a esse evento seria crucial.

318. A Sra. Solís-Ortega Treasure agradeceu ao Panamá as informações e reiterou que a Repartição estava comprometida com o trabalho com os diversos mecanismos sub-regionais.

319. O Comitê Executivo tomou nota dos relatórios.

### **Encerramento da sessão**

320. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 160ª Sessão do Comitê Executivo.

### **Resoluções e decisões**

321. As resoluções e decisões adotadas pelo Comitê Executivo na sua 160ª sessão são as seguintes:

#### ***Resoluções***

#### ***CE160.R1: Arrecadação das contribuições fixas***

#### ***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo considerado o *Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas* (documentos CE160/20 e Add. I);

Observando que nenhum Estado Membro esta com atraso no pagamento da sua cota de forma que possam estar sujeito à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que há 18 Estados Membros que não efetuaram os pagamentos das suas cotas de 2017,

**RESOLVE:**

1. Tomar nota do *Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas* (documentos CE160/20, e Add. I).
2. Elogiar os Estados Membros pelo seu compromisso no cumprimento com as suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer consideráveis esforços para efetuar o pagamento em atraso das suas contribuições.
3. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos para 2017 e instar os outros Estados Membros a quitarem o pagamento pendente das suas contribuições o quanto antes.
4. Solicitar que a Diretora continue informando os Estados Membros sobre qualquer saldo devido e a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana sobre a situação da arrecadação das cotas.

*(Primeira reunião, 26 de junho de 2017)*

**CE160.R2:** *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023*

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado a proposta de *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CE160/16),

**RESOLVE:**

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana que aprove uma resolução conforme aos seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA ASSEGURAR A SUSTENTABILIDADE DA  
ELIMINAÇÃO DO SARAMPO, RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA  
CONGÊNITA NAS AMÉRICAS 2018-2023**

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Tendo examinado o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CSP29/\_\_);

Tendo considerado a declaração da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas no relatório apresentado pela presidente do Comitê Técnico Internacional (CTI) de Documentação e Verificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas à Diretora e aos Estados Membros durante o 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, em setembro de 2016;

Tendo examinado as recomendações do CTI para manter a Região das Américas livre da transmissão endêmica do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita;

Reconhecendo o enorme trabalho realizado pelos Estados Membros para finalizar a documentação e a confirmação da interrupção da transmissão endêmica do sarampo e da rubéola na Região das Américas de acordo com o solicitado na resolução CSP28.R14 de setembro de 2012;

Observando com preocupação que a iniciativa de eliminação mundial do sarampo e da rubéola em outras Regiões do mundo não tem tido progresso considerável, e considerando que não alcançar a interrupção da transmissão de ambos os vírus em escala mundial possibilita a importação dos vírus e põe em risco as conquistas na Região das Américas;

Levando em consideração que assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola requer o compromisso no mais alto nível político dos Estados Membros da OPAS para enfrentar os desafios nos próprios programas de vacinação e sistemas de vigilância, para não pôr em risco a eliminação destas doenças;

Reconhecendo a necessidade de elaborar um plano de ação para proteger as conquistas da nossa Região, assegurando de forma permanente a eliminação e evitando o risco do restabelecimento endêmico destes vírus por casos importados de outras Regiões do mundo,

**RESOLVE:**

1. Felicitar todos os Estados Membros e seus profissionais da saúde pela conquista histórica da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas.
2. Aprovar e executar o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CSP29/\_\_\_) no contexto das condições particulares de cada país.
3. Instar todos os Estados Membros a:
  - a) promover a implementação dos objetivos e indicadores do *Plano de ação para imunização* (Documento CD54/7, Rev. 2 [2015]) da OPAS para o período 2015–2019, a fim de obter coberturas de vacinação nacionais e municipais de pelo menos 95% com a primeira e a segunda doses da vacina contra o sarampo, rubéola e caxumba, bem como coberturas nacionais e municipais de pelo menos 95% nas campanhas de vacinação de seguimento contra o sarampo e a rubéola;
  - b) fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita visando a detecção oportuna dos casos suspeitos e confirmados destas doenças, no contexto do surgimento de novas doenças de atenção prioritária na saúde pública, como as arboviroses;
  - c) desenvolver as capacidades nacional e operacional dos países para assegurar a eliminação do sarampo e da rubéola, com a formação ou a manutenção de comissões nacionais para monitorar os planos de sustentabilidade da eliminação, e a utilização de ferramentas regionais e nacionais para atualizar e capacitar os profissionais de saúde dos setores público e privado;
  - d) estabelecer mecanismos padronizados para a resposta rápida diante de casos importados de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita a fim de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica destas doenças nos países, instituindo ou reativando os grupos de resposta rápida capacitados para esta finalidade e implantando planos nacionais de resposta rápida diante de casos importados.
4. Solicitar à Diretora a:
  - a) continuar oferecendo cooperação técnica aos Estados Membros para fortalecer as capacidades nacionais que contribuam para executar as atividades necessárias de vacinação da população e a vigilância epidemiológica de alta qualidade do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, conforme descrito neste plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação destes vírus;
  - b) prosseguir com a captação do financiamento adicional necessário para dar apoio aos Estados Membros na preparação da resposta aos surtos de sarampo e rubéola relacionados a casos importados, bem como realizar campanhas de vacinação de seguimento e outras atividades descritas neste plano;

- c) continuar promovendo no mais alto nível político com as outras Regiões do mundo, parceiros e aliados esforços para o alcance de forma rápida das metas estabelecidas pela OMS para a eliminação global do sarampo e da rubéola mirando a futura erradicação de ambos os vírus.

*(Primeira reunião, 26 de junho de 2017)*

***CE160.R3: Nomeação de um Membro do Comitê de Auditoria da OPAS***

***A 160ª 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 termos 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 pelo seu trabalho criterioso para identificar e indicar os candidatos altamente capacitados a fazer parte do Comitê da Auditoria da OPAS.
2. Agradecer ao Sr. Nicholas Treen pelos seus anos de serviço ao Comitê de Auditoria da OPAS.
3. Nomear Sra. Kumiko Matsuura-Mueller para servir como membro do Comitê da Auditoria da OPAS para um mandato de três anos, de junho de 2017 até junho de 2020.

*(Terceira reunião, 27 de junho de 2017)*

**CE160.R4:** *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o documento *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CE160/18),

**RESOLVE:**

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana que aprove uma resolução conforme os termos a seguir:

**ESTRATÉGIA DE RECURSOS HUMANOS PARA O ACESSO UNIVERSAL  
À SAÚDE E A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE**

**A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,**

Tendo considerado a *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CSP29/\_\_) apresentada pela Diretora;

Levando em conta que a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, cujo objetivo 3 propõe “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”;

Consciente de que a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*, aprovada pelo 53º Conselho Diretor da OPAS (2014), requer para sua implementação recursos humanos em quantidade suficiente, distribuídos equitativamente e com as capacidades adequadas, de acordo com as necessidades das comunidades;

Considerando que a 69ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2016, aprovou a *estratégia mundial de recursos humanos para a saúde: profissionais da saúde 2030*; considerando que a comissão de alto nível sobre emprego e crescimento econômico em saúde convocada pelas Nações Unidas em novembro de 2016 estabeleceu que o investimento em emprego no setor da saúde pode gerar crescimento econômico e contribuir para o desenvolvimento dos países; e considerando que a 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017, aprovou o plano de ação quinquenal para o emprego no âmbito da saúde e o crescimento econômico inclusivo;

Reconhecendo que, apesar dos avanços obtidos, continuam existindo desafios, especialmente no tocante à disponibilidade e distribuição do pessoal, planejamento, governança, articulação entre os setores e formação de acordo com as necessidades do sistema de saúde em relação ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde,

**RESOLVE:**

1. Aprovar a *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CSP29/\_\_\_).
2. Instar a que os Estados Membros, conforme apropriado ao seu contexto e às suas prioridades internas:
  - a) estabeleçam mecanismos formais para fortalecer a orientação no desenvolvimento de políticas nacionais de recursos humanos em saúde, incluindo a colaboração e a coordenação das altas autoridades para promover sinergias na regulamentação, no planejamento estratégico e na tomada de decisão baseadas nas necessidades do sistema de saúde;
  - b) aumentem os gastos públicos e a eficiência do financiamento, fomentando a qualidade da educação e do emprego no setor da saúde para aumentar a disponibilidade de recursos humanos, motivar as equipes de saúde, promover sua retenção, melhorar os resultados de saúde e contribuir para o desenvolvimento econômico;
  - c) fortaleçam os processos de planejamento estratégico, a previsão de necessidades presentes e futuras e o monitoramento da qualidade do desempenho por meio do desenvolvimento de sistemas de informação sobre recursos humanos para a saúde;
  - d) promovam o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (mudança e rotação de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde;
  - e) implementem estratégias de retenção de recursos humanos para a saúde, especialmente nas zonas desassistidas, de acordo com as características interculturais de cada comunidade, combinando incentivos tanto econômicos como de desenvolvimento profissional, projeto de vida e condições de trabalho e infraestrutura;
  - f) defendam a transformação da educação das profissões da saúde a fim de incluir os princípios da missão social, da incorporação da perspectiva de saúde pública e da abordagem dos determinantes sociais como coluna vertebral da formação dos recursos humanos para a saúde;
  - g) promovam acordos de alto nível entre os setores da educação e da saúde para alinhar a formação dos recursos humanos com as necessidades presentes e futuras dos sistemas de saúde e para fazer avançar os processos de avaliação e credenciamento dos programas de formação em ciências da saúde, incorporando a pertinência social dentro dos padrões prioritários de qualidade educacional;
  - h) elaborem estratégias de educação permanente para os profissionais da saúde, incorporando as novas tecnologias da informação e da comunicação, a telessaúde, a

- educação virtual e as redes de aprendizagem, a fim de melhorar a capacidade resolutiva e a qualidade do desempenho nas redes integradas de serviços de saúde;
- i) fortaleçam a governança no planejamento e na regulamentação da formação de especialistas, fixando metas incrementais para a designação de cargos de saúde familiar e comunitária e especialidades básicas;
  - j) incorporem a perspectiva de gênero, bem como as necessidades das trabalhadoras, nos novos modelos de organização e contratação dos serviços de saúde, considerando a crescente feminização dos recursos humanos no setor da saúde.
3. Pedir à Diretora que:
- a) promova o diálogo político intersetorial, facilitando a implementação da *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* nos Estados Membros e, especialmente, o aumento do investimento em recursos humanos para a saúde;
  - b) elabore para 2018, um plano de ação regional com objetivos específicos e indicadores, a fim de que se avance de maneira mais expedita no caminho estabelecido nesta estratégia;
  - c) apoie os países no fortalecimento da capacidade de planejamento estratégico e gestão de recursos humanos e desenvolvimento dos sistemas de informação para respaldar a análise de cenários presentes e futuros relacionados com a expansão progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde;
  - d) incentive a pesquisa, o intercâmbio de experiências e a cooperação entre os países em temas como equipes interprofissionais de saúde, qualidade da educação com pertinência social e estratégias de retenção de recursos humanos;
  - e) promova a coordenação entre as agências das Nações Unidas e outros organismos internacionais que trabalham com temas relacionados aos recursos humanos para a saúde e estabeleça uma comissão técnica de alto nível para avaliar as tendências, as capacidades e a mobilidade dos profissionais da saúde na Região das Américas.

(Quarta reunião, 27 de junho de 2017)

**CE160.R5: Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS**

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração sobre os *Agentes Não Estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS* (Documento CE160/7);

Consciente das disposições do *Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais*, adotadas pelo 55º Conselho Diretor através da Resolução CD55.R3 (2016), que rege o estado das relações oficiais entre a Organização Pan-Americana da Saúde e tais entidades,

**RESOLVE:**

1. Renovar as relações oficiais entre a OPAS e os seguintes agentes não estatais por um período de três anos:
  - a) a Associação Americana de Saúde Pública (APHA),
  - b) a Sociedade Americana de Microbiologia (ASM),
  - c) a Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS),
  - d) a March of Dimes,
  - e) a Convenção Farmacopeica dos Estados Unidos (USP),
  - f) a Associação Mundial de Saúde Sexual (WAS).
2. Diferir a decisão de manter as relações oficiais com a Federação Latino-americana da Indústria Farmacêutica (FIFARMA) até 2018.
3. Descontinuar as relações oficiais com a Federação Internacional de Diabetes (IDF).
4. Solicitar à Diretora que:
  - a) informe os respectivos agentes não estatais das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
  - b) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com os agentes não estatais interamericanos de interesse da Organização em áreas que se enquadrem nas prioridades programáticas que os Órgãos Diretivos adotaram para a OPAS;
  - c) continue respaldando as relações de fomento entre os Estados Membros e agentes não estatais que trabalhem no campo da saúde.

*(Quarta reunião, 27 de junho de 2017)*

**CE160.R6: Plano Estratégico da OPAS 2014-2019: Proposta de modificações**

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo considerado o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019: Proposta de modificações* (Documento CE160/11), que modifica a versão de 2014 do Plano Estratégico (*Documento Oficial 345*);

Reconhecendo as mudanças programáticas introduzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) através do documento *Reforma do trabalho da OMS na gestão de*

*emergências de saúde* (Documento A69/30 [2016]), apresentada na 69ª Assembleia Mundial da Saúde;

Recordando as prioridades estabelecidas pelos Estados Membros, como o *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* (Documento CD54/12, Rev. 1 [2015]) e o *Plano de ação para a prevenção e controle das hepatites virais* (Documento CD54/13, Rev. 1 [2015]);

Reconhecendo os resultados dos exercícios de definição de prioridades programáticas realizados com os Estados Membros usando a metodologia refinada da OPAS-Hanlon na *Metodologia para a estrutura de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico da OPAS* (Documento CD55/7 [2016]) aprovado pelo 55º Conselho Diretor,

**RESOLVE:**

Recomendar que Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2014-2019 (MODIFICADO)**

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Tendo considerado a proposta de modificações ao *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Documento Oficial 345)*, que modifica a versão de 2014 do Plano Estratégico;

Acolhendo o alinhamento programático e funcional com a reforma da gestão de emergências da OMS na Região das Américas;

Reconhecendo a importância da definição de prioridades programáticas em consulta com os Estados Membros usando uma metodologia robusta e sistemática,

**RESOLVE:**

1. Aprovar a versão com a proposta de modificações do *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (Documento Oficial 345)*.
2. Agradecer as autoridades sanitárias nacionais que realizaram os exercícios de definição de prioridades programáticas usando a metodologia refinada da OPAS-Hanlon.
3. Solicitar à Diretora que:
  - a) implemente as mudanças programáticas no biênio 2018-2019 com os ajustes correspondentes no Programa e Orçamento 2018-2019 em resposta às categorias e resultados intermediários revistos no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

- b) atualize o compêndio dos indicadores dos resultados intermediários e o Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos (SMPE) para facilitar a avaliação conjunta com os Estados Membros dos resultados intermediários do Plano Estratégico e dos resultados imediatos do Programa e Orçamento;
- c) apresente, em 2018, um segundo relatório provisório sobre a implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e, em 2020, um relatório final.

*(Quinta reunião, 28 de junho de 2017)*

***CE160.R7: Nova Escala de Contribuições Fixas***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o relatório da Repartição Sanitária Pan-Americana *Nova Escala de Contribuições Fixas*, a ser aplicada aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o período orçamentário 2018-2019 (documento CE160/13);

Tendo em mente as disposições do Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano, que estabelece que as contribuições fixas da Organização Pan-Americana da Saúde serão rateadas entre os Governos Signatários com a mesma base de cálculo que as contribuições da Organização dos Estados Americanos (OEA);

Levando em consideração o Artigo 24 (a) da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, o qual declara que a Organização será financiada mediante contribuições anuais de seus governos membros e que a cota dessas contribuições será determinada em conformidade com o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano;

Considerando que a Assembleia Geral da Organização de Estados Americanos aprovou uma escala de contribuições fixas “de transição” para o exercício financeiro de 2018, enquanto a Comissão de Assuntos Administrativos e Orçamentários continua sua análise do atual sistema e metodologia e cotas, cujo resultado será apresentado em sessão especial da Assembleia Geral em outubro de 2017,

***RESOLVE:***

Recomendar que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove a seguinte escala de contribuições fixas da OPAS, baseada na escala de transição da OEA, para o exercício fiscal de 2018, aprovando uma resolução com os seguintes termos:

## NOVA ESCALA DE CONTRIBUIÇÕES FIXAS

### *A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,*

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo sobre a *Nova Escala de Contribuições Fixas* para os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde (Documento CSP29/\_\_);

Levando em conta que os Governos Membros da Organização Pan-Americana da Saúde têm suas contribuições determinadas em conformidade com o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano e o Artigo 24 (a) da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que cerca de 34% do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019, considerado o Documento Oficial \_\_\_\_, será financiado por contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados;

Levando em conta que a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou uma escala de contribuições fixas “de transição” para o exercício fiscal de 2018 enquanto a análise do atual sistema e metodologia de cotas está em curso,

### **RESOLVE:**

1. Aprovar a proposta de escala de contribuições fixas para os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para uso no ano fiscal de 2018, conforme consta do quadro a seguir.
2. Apresentar, para a apreciação dos Órgãos Diretores da OPAS, uma escala revisada de contribuições fixas para o ano fiscal de 2019, elaborada com base na escala de cotas da OEA para 2019, conforme e quando esta escala for adotada pela OEA.

Estado Membro	Cota de contribuição (%)
<b>Antígua e Barbuda</b>	0,022
<b>Argentina</b>	3,000
<b>Bahamas</b>	0,047
<b>Barbados</b>	0,026
<b>Belize</b>	0,022
<b>Bolívia</b>	0,070
<b>Brasil</b>	12,457
<b>Canadá</b>	9,801
<b>Chile</b>	1,415
<b>Colômbia</b>	1,638
<b>Costa Rica</b>	0,256
<b>Cuba</b>	0,132

<b>Estado Membro</b>	<b>Cota de contribuição (%)</b>
Dominica	0,022
El Salvador	0,076
Equador	0,402
Estados Unidos da América	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,171
Guiana	0,022
Haiti	0,022
Honduras	0,043
Jamaica	0,053
México	6,470
Nicarágua	0,022
Panamá	0,191
Paraguai	0,087
Peru	1,005
República Dominicana	0,268
São Cristóvão e Nevis	0,022
Santa Lúcia	0,022
São Vicente e Granadinas	0,022
Suriname	0,022
Trinidad e Tobago	0,129
Uruguai	0,298
Venezuela	1,940
<b>Estado Participante</b>	<b>Cota de contribuição (%)</b>
França	0,203
Países Baixos	0,022
Reino Unido	0,022
<b>Membro Associado</b>	<b>Cota de contribuição (%)</b>
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,025
Sint Maarten	0,022
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>

(Quinta reunião, 28 de junho de 2017)

**CE160.R8: *Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019***

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o *Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento CE160/12);

Tendo considerado o *Relatório sobre a 11ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração* (Documento CE160/4);

Observando o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para propor um Programa e Orçamento que use um enfoque de baixo para cima e leve em consideração as prioridades dos Estados Membros e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável,

**RESOLVE:**

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção da uma resolução nos seguintes termos:

**PROGRAMA E ORÇAMENTO DA  
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2018-2019**

**A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,**

Tendo examinado o *Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento Oficial \_\_\_\_);

Tendo considerado o relatório da 160ª sessão do Comitê Executivo (Documento CSP29/\_\_);

Observando os esforços da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para propor um programa e orçamento que levem em consideração o clima financeiro tanto mundial como regional e suas implicações para os Estados Membros, além do cumprimento dos compromissos dos Estados Membros e da Organização em matéria de saúde pública;

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o parágrafo 3.5 do Artigo III do Regulamento Financeiro da OPAS,

**RESOLVE:**

1. Aprovar o programa de trabalho da Organização Pan-Americana da Saúde com um orçamento de US\$ 619.6 milhões para os programas da base e US\$ 56,0 milhões para programas específicos e resposta a emergências, conforme delineado no Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019.
2. Incentivar os Estados Membros a continuar a efetuar, dentro do prazo, os pagamentos das suas contribuições em 2018 e 2019 e a quitar os atrasados que talvez tenham se acumulado nos períodos orçamentários anteriores.
3. Incentivar os Estados Membros a continuar a defender uma proporção equitativa dos recursos da OMS e, mais especificamente, o pleno financiamento, por parte da OMS, do espaço no orçamento alocado à Região das Américas.
4. Incentivar todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados a fazer as contribuições voluntárias que estejam alinhadas com o Programa e Orçamento 2018-2019 e, dentro do possível, considerar a possibilidade de tornar essas contribuições plenamente flexíveis e destiná-la a um fundo comum de recursos sem fim específico.
5. Alocar o orçamento referente ao período orçamentário 2018-2019 entre as seis categorias programáticas do seguinte modo:

<b>Categoria</b>	<b>Montante</b>
1. Doenças transmissíveis	114.600.000
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	59.100.000
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	81.400.000
4. Sistemas de saúde	118.400.000
5. Emergências de saúde	56.400.000
6. Liderança, governança e funções facilitadoras	189.700.000
<b>Programas de base – Total (Categorias 1 a 6)</b>	<b>619.600.000</b>
Programas específicos e resposta a emergências	56.000.000
<b>Programa e orçamento – Total</b>	<b>675.600.000</b>

6. Financiar o orçamento aprovado para os programas de base da seguinte maneira e usando as fontes de financiamento indicadas:

Fonte de financiamento	Montante
a) Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS, Estados participantes e membros associados	210.640.000
Menos o crédito do Fundo de Equalização de Impostos	(16.340.000)
b) Receitas diversas orçadas	20.000.000
c) Outras fontes	215.200.000
d) Alocação de financiamento à Região das Américas da Organização Mundial da Saúde	190.100.000
<b>TOTAL</b>	<b>619.600.000</b>

7. Solicitar à Diretora que, ao fixar as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, providencie que essas contribuições sejam reduzidas ainda mais pelo valor correspondente ao montante do seu crédito no Fundo de Equalização de Impostos, exceto que os créditos dos Estados que tributam os salários recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos pelo valor correspondente ao montante dos respectivos reembolsos de impostos efetuados pela RSPA.

8. Autorizar a Diretora a usar as contribuições fixas, receitas diversas, receitas de outras fontes, como as contribuições voluntárias, e a alocação de financiamento da Organização Mundial da Saúde à Região das Américas para financiar o orçamento conforme disposto acima, sujeita à disponibilidade de financiamento.

9. Autorizar também a Diretora a fazer transferências do orçamento, conforme necessário, entre as seis categorias enumeradas acima, até um montante não superior a 10% do orçamento aprovado na categoria recebedora ou na categoria fonte. As despesas decorrentes dessas transferências serão informadas na categoria final nos relatórios financeiros referentes ao período 2018 e 2019.

10 Solicitar à Diretora que informe aos Órgãos Diretores os montantes das despesas de cada fonte de financiamento frente às categorias e áreas programáticas elencadas no Programa e Orçamento 2018-2019.

*(Quinta reunião, 28 de junho de 2017)*

***CE160.R9: Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2018***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o *Projeto do Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento CE160/12), e havendo aprovado a Resolução CE160.R7;

Tendo considerado o Relatório da 11.ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração (Documento CE160/4),

***RESOLVE:***

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

**CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2018**

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Considerando que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou na Resolução CSP29.R\_\_ o *Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento Oficial \_\_\_\_);

Considerando o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano, que estipula que: “Para o bom desempenho das funções e deveres que lhe competem à Repartição Sanitária Pan-Americana, a União Pan-Americana deverá levantar um fundo nunca inferior a 50.000 dólares, que será subscrito pelos países signatários na mesma base em que são feitas as despesas da União Pan-Americana”;

Tendo em mente que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, na Resolução CSP29.R\_\_, adotou a escala de contribuições para os membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para 2018,

***RESOLVE:***

1. Estabelecer as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2018, de acordo com a escala de contribuições apresentada a seguir e nos valores correspondentes, que representam um crescimento nominal zero das contribuições brutas em relação ao ano financeiro de 2017.

2. Instar a Repartição Sanitária Pan-Americana a revisar as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2019, conforme e quando a Organização de Estados Americanos (OEA) adotar uma nova escala de quotas para tal período. A escala de contribuições revisada para os Estados Membros da OPAS em 2019 deverá ser apresentada à primeira reunião dos Órgãos Diretores da OPAS que se seguir à adoção na OEA.

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2018										
Membros	Quota (%)		Contribuição bruta (US\$)		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos (US\$)		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA (US\$)		Contribuição líquida (US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
<i>Estados Membros</i>										
Antígua e Barbuda	0,022		23.170		1.797				21.373	
Argentina	3,000		3.159.600		245.100				2.914.500	
Bahamas	0,047		49.500		3.840				45.661	
Barbados	0,026		27.383		2.124				25.259	
Belize	0,022		23.170		1.797				21.373	
Bolívia	0,070		73.724		5.719				68.005	
Brasil	12,457		13.119.712		1.017.737				12.101.976	
Canadá	9,801		10.322.413		800.742		40.000		9.561.672	
Chile	1,415		1.490.278		115.606				1.374.673	
Colômbia	1,638		1.725.142		133.825				1.591.317	
Costa Rica	0,256		269.619		20.915				248.704	
Cuba	0,132		139.022		10.784				128.238	
Dominica	0,022		23.170		1.797				21.373	
El Salvador	0,076		80.043		6.209				73.834	
Equador	0,402		423.386		32.843				390.543	
Estados Unidos	59,445		62.607.474		4.856.657		6.000.000		63.750.818	
Granada	0,022		23.170		1.797				21.373	
Guatemala	0,171		180.097		13.971				166.127	
Guiana	0,022		23.170		1.797				21.373	
Haiti	0,022		23.170		1.797				21.373	
Honduras	0,043		45.288		3.513				41.775	
Jamaica	0,053		55.820		4.330				51.490	
México	6,470		6.814.204		528.599				6.285.605	
Nicarágua	0,022		23.170		1.797				21.373	
Panamá	0,191		201.161		15.605				185.557	
Paraguai	0,087		91.628		7.108				84.521	
Peru	1,005		1.058.466		82.109				976.358	

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2018										
Membros	Quota (%)		Contribuição bruta (US\$)		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos (US\$)		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA (US\$)		Contribuição líquida (US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
República Dominicana	0,268		282.258		21.896				260.362	
Santa Lúcia	0,022		23.170		1.797				21.373	
São Cristóvão e Névis	0,022		23.170		1.797				21.373	
São Vicente e Granadinas	0,022		23.170		1.797				21.373	
Suriname	0,022		23.170		1.797				21.373	
Trinidad e Tobago	0,129		135.863		10.539				125.324	
Uruguai	0,298		313.854		24.347				289.507	
Venezuela	1,940		2.043.208		158.498		35.000		1.919.710	
<i>Estados participantes</i>										
França	0,203		21.800		16.585				197.215	
Países Baixos	0,022		23.170		1.797				21.373	
Reino Unido	0,022		23.170		1.797				21.373	
<i>Membros associados</i>										
Aruba	0,022		23.170		1.797				21.373	
Curaçao	0,022		23.170		1.797				21.373	
Porto Rico	0,025		26.330		2.043				24.288	
Sint Maarten	0,022		23.170		1.797				21.373	
<b>TOTAL</b>	<b>100,000</b>		<b>105.320.000</b>		<b>8.170.000</b>		<b>6.075.000</b>		<b>103.225.000</b>	

(Quinta reunião, 28 de junho de 2017)

***CE160.R10: Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado a proposta de *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CE160/19),

***RESOLVE:***

Recomendar que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

***ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA FORTALECER O CONTROLE DO TABAGISMO NA REGIÃO DAS AMÉRICAS 2018-2022***

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/\_\_);

Reconhecendo que o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco continuam sendo um grave problema de saúde pública e são um fator de risco comum para as principais doenças não transmissíveis;

Reconhecendo que as doenças não transmissíveis são a principal causa de mortalidade na Região, e que aproximadamente um terço das mortes por doenças não transmissíveis são prematuras, ocorrendo em pessoas de 30 a 70 anos de idade;

Reconhecendo o alto custo das doenças relacionadas ao tabaco para as famílias e para os sistemas de saúde dos Estados Membros, o qual acentua a pobreza e as desigualdades em matéria de saúde e dificulta a obtenção da saúde universal na Região;

Reconhecendo que, embora a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT) já esteja em vigor internacionalmente há 12 anos e 30 dos Estados Membros da Região sejam Estados Partes dela, o avanço na implementação de suas medidas tem sido desigual tanto entre os países como no tocante ao tipo de medidas aprovadas, e o ritmo de implementação das mesmas mostra sinais de desaceleração;

Reconhecendo ainda que existem muitas circunstâncias que dificultaram a implementação das medidas da CQCT em âmbito nacional por seus Estados Partes, mas destacando que o desafio comum e mais importante que todos os países enfrentam é a interferência da indústria do tabaco e daqueles que trabalham para defender seus interesses;

Observando que a presente Estratégia e plano de ação prioriza as medidas da CQCT contidas nas intervenções para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis que a OMS definiu como tendo excelente relação custo-benefício e aplicabilidade, inclusive em contextos onde os recursos são limitados, razão pela qual sua implementação é importante para todos os Estados Membros, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT,

**RESOLVE:**

1. Aprovar a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/\_\_), no contexto das condições específicas de cada país.
2. Instar aos Estados Membros, levando em consideração seu contexto nacional, que:
  - a) promovam práticas de saúde pública que protejam a população em geral, e às crianças e adolescentes em especial, dos perigos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo de tabaco, de modo a reduzir definitivamente o ônus de morbimortalidade a eles inerente;
  - b) priorizem a adoção de uma norma abrangente para ambientes livre de fumaça e a implementação de advertências de saúde nas embalagens de produtos de tabaco, bem como o fortalecimento e eventual melhoramento de normas já existentes sobre estes temas e de seu cumprimento, com o objetivo de que essas medidas protejam toda a população das Américas;
  - c) considerem a adoção ou o fortalecimento da implementação das outras medidas contidas na CQCT, com especial ênfase na proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco em conformidade com o Artigo 13 da CQCT e em medidas fiscais para reduzir a demanda por tabaco;
  - d) considerem os impostos sobre o tabaco como uma fonte de renda que, em conformidade com a legislação nacional, poderia ser utilizada como fonte de financiamento doméstico da saúde em particular e do desenvolvimento em geral;
  - e) fortaleçam seus sistemas nacionais de vigilância a fim de que possam avaliar não só a prevalência do consumo de tabaco, mas também a efetividade das medidas implementadas, e possam obter informação desagregada por sexo, gênero, etnia e outros fatores, na medida do possível, e usar essa informação para criar intervenções com base em evidências científicas e direcionadas a fim de reduzir as disparidades;
  - f) oponham-se às tentativas da indústria do tabaco e de seus grupos associados de interferir, atrasar, obstaculizar ou impedir a implementação das medidas de controle do tabaco orientadas à proteção da saúde pública da população, e reconheçam a necessidade de monitorar, documentar e, de acordo com a legislação nacional vigente, tornar públicas as atividades da indústria a fim de pôr em evidência suas estratégias e reduzir sua eficácia;

- g) considerem a necessidade de contar com instrumentos legais para abordar a questão relativa ao conflito de interesses por parte de representantes oficiais e funcionários públicos no que diz respeito ao controle do tabaco;
  - h) considerem, caso sejam Parte da CQCT, a ratificação do *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco*, a fim de assegurar sua pronta entrada em vigor em âmbito internacional.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) preste apoio aos Estados Membros na elaboração, revisão e implementação de normas e políticas de controle do tabaco, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT;
  - b) promova a cooperação técnica com os países e entre eles para compartilhar boas práticas e lições aprendidas;
  - c) fortaleça a cooperação técnica para melhorar as capacidades dos Estados Membros para promover a coerência entre as políticas de comércio e de saúde pública no contexto do controle do tabaco, a fim de proteger a saúde da interferência da indústria do tabaco;
  - d) fomente as alianças com outros organismos internacionais e sub-regionais, bem como com membros da sociedade civil, nacional e internacionalmente, para apoiar a implementação desta Estratégia e plano de ação.

(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)

***CE160.R11: Política sobre etnia e saúde***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Havendo examinado a *Política sobre etnia e saúde* (documento CE160/15),

***RESOLVE:***

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana que aprove uma resolução conforme os termos a seguir:

**POLÍTICA SOBRE ETNIA E SAÚDE**

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Havendo examinado a *Política sobre etnia e saúde* (documento CSP29/\_\_);

Levando em consideração a necessidade de promover uma abordagem intercultural no âmbito da saúde para eliminar as desigualdades em saúde dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, conforme pertinente no contexto nacional;

Reconhecendo as diferenças que existem entre os grupos étnicos, dentro dos países e entre eles, e reconhecendo também as diferenças em seus desafios, necessidades e respectivos contextos históricos;

Recordando os princípios reconhecidos na Declaração e Plano de Ação de Ação de Durban (2001), a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2007), a Declaração do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2011), a cúpula mundial de afrodescendentes (2011), a Década Internacional de Afrodescendentes 2015-2024 (2013), a conferência mundial dos povos indígenas (2014) e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2015), bem como os princípios constantes dos outros instrumentos internacionais relacionados com a etnia e a saúde;

Referindo-se ao quadro de mandatos da OPAS relacionados com a saúde dos povos indígenas, a inclusão da etnia como um eixo transversal no Plano Estratégico da OPAS e as lições aprendidas;

Reconhecendo a importância de que a OPAS como um todo (a Repartição e os Estados Membros) enfatize os esforços voltados ao fortalecimento do enfoque intercultural na saúde para alcançar o gozo do máximo grau possível de saúde por parte dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, em conformidade com seu contexto nacional;

Levando em consideração a necessidade de adotar as medidas necessárias para garantir o enfoque intercultural em saúde e a paridade de tratamento dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, com base em um plano de igualdade e respeito mútuo, considerando o valor de suas práticas culturais, entre as que se incluem os padrões de vida, os sistemas de valores, as tradições e as cosmovisões,

**RESOLVE:**

1. Adotar a *Política sobre etnia e saúde* (documento CSP29/\_\_\_).
2. Instar os Estados Membros, conforme o caso e levando em consideração seu contexto nacional, suas estruturas normativas, suas prioridades e suas possibilidades financeiras e orçamentárias, a que:
  - a) promovam políticas públicas que abordem a etnia como um determinante social da saúde do ponto de vista dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos;

- 
- b) promovam o melhor acesso a serviços de saúde de qualidade, entre outros, estimulando modelos de saúde interculturais que incluam, por meio do diálogo, as perspectivas dos saberes e das práticas ancestrais e espirituais dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, conforme pertinente em sua realidade nacional;
  - c) fortaleçam a capacidade institucional e comunitária nos Estados Membros para que se disponha de dados suficientes e de qualidade e se gere evidência sobre as desigualdades e iniquidades em saúde experimentadas pelos povos indígenas, afrodescendentes, roma e pelos membros de outros grupos étnicos para a tomada de decisões políticas intersetoriais em saúde;
  - d) reforcem as capacidades institucionais e comunitárias em todos os níveis para a implementação da abordagem intercultural nos sistemas e serviços de saúde, a fim de contribuir, entre outras coisas, para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade;
  - e) ampliem, promovam e assegurem a participação social de todos os povos indígenas, afrodescendentes, roma e dos membros de outros grupos étnicos, considerando o enfoque de gênero e a perspectiva do curso da vida, na formulação das políticas de saúde e em sua implementação;
  - f) promovam a geração de conhecimentos e espaços próprios da medicina e do saber ancestral no âmbito do fortalecimento do enfoque intercultural na saúde;
  - g) integrem o enfoque étnico e a visão dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, na aplicação do *Plano de ação sobre a saúde em todas as políticas* (documento CD53/10, Rev. 1 [2014]), de acordo com as realidades nacionais;
  - h) promovam a cooperação intersetorial para o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos.
3. Solicitar à Diretora, de acordo com as possibilidades financeiras da Organização, que:
- a) defenda a inclusão dos componentes estratégicos sobre etnia e saúde na Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e no Plano Estratégico da OPAS 2020-2025;
  - b) priorize a cooperação técnica que apoia os países no fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde para a incorporação da etnia como um determinante social da saúde com base na perspectiva dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos aplicáveis;
  - c) continue priorizando a etnia como um eixo transversal, em harmonia com o gênero, a equidade e os direitos humanos, na cooperação técnica da OPAS;
-

- d) fortaleça os mecanismos de coordenação e colaboração interinstitucionais para que haja sinergia e eficiência na cooperação técnica no âmbito do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano, bem como com outras entidades interessadas no trabalho relacionado à etnia na saúde, especialmente com os mecanismos de integração sub-regional e as instituições financeiras internacionais pertinentes.

(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)

**CE160.R12: Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)**

**A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,**

Tendo examinado o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)* (Documento CE160/5, Add. I);

Tendo presentes as disposições dos procedimentos e diretrizes para a concessão do Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde, conforme aprovados pelo Comitê Executivo na sua 158ª sessão (resolução CE158.R14 [2016]),<sup>1</sup>

**RESOLVE:**

1. Parabenizar os candidatos ao Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) pelo seu excelente nível profissional e destacado trabalho em benefício do seu país e da Região.
2. Com base na recomendação do Júri, conceder o Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) à Dra. Stella Bolaños Varela, da Costa Rica, por sua destacada trajetória profissional e seu compromisso de longa data com a qualidade e gestão dos serviços de saúde em nível nacional. A Dra. Bolaños Varela é reconhecida por suas contribuições de destaque nos campos do ensino da saúde e da gestão de serviços de saúde para a população idosa, bem como pela sua liderança na implementação de modelos de atenção centrados nas pessoas.
3. Transmitir o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)* (Documento CE160/5, Add. I), à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)

---

<sup>1</sup> O Prêmio OPAS em Administração (nome original deste prêmio) foi aprovado pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP18.R18 [1970]). Posteriormente, foram aprovadas emendas pela 20ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP20.R17 [1978]), pelo 27º Conselho Diretor (CD27.R5 [1980]), pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP24.R10 [1994]) e pelo Comitê Executivo nas suas sessões 124ª (CE124.R10 [1999]), 135ª (CE135[D6] [2004]), 140ª (CE140.R12 [2007]), 146ª (CE146.R11 [2010]) e 158ª (CE158.R14 [2016]).

***CE160.R13: Agenda provisória da 29ª Conferência Sanitária Pan-americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CSP29/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como Anexo A ao Documento CE160/3, Rev. 1;

Levando em conta as disposições do Artigo 7.F da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Art. 8 do Regulamento Interno,

***RESOLVE:***

Aprovar a agenda provisória (Documento CSP29/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

*(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)*

***CE160.R14: Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo considerado as modificações do Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no Anexo A do Documento CE160/25;

Levando em consideração as ações da Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Diretores Regionais, Subdiretores Gerais, e Diretor-Geral Adjunto com base na escala modificada de salários-base/salários mínimos para as categorias profissional e superior aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas;

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; e

Reconhecendo a necessidade de haver uniformidade com respeito às condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e dos organismos do regime comum das Nações Unidas,

**RESOLVE:**

1. Confirmar, de acordo com o artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as modificações do Regulamento do Pessoal feitas pela Diretora e efetivadas em 1º de janeiro de 2017 sobre: as definições, os salários, os subsídios por dependentes, o incentivo à mobilidade, o subsídio por condições de vida difíceis e o subsídio por serviço em locais de lotação não aptos para famílias, o subsídio de instalação, o auxílio por repatriação, o subsídio por desligamento, as normas para contratação, a designação para o trabalho, o aumento de salário dentro do mesmo nível, a licença no país de origem, as viagens de funcionários, as viagens do cônjuge e dos filhos, a remessa por mudança, os direitos não exercidos e os gastos no caso de falecimento, bem como as modificações que entram em vigor a partir de 1º de janeiro de 2018 com respeito ao subsídio para educação e a aposentadoria.
2. Fixar o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2017, em US\$ 172.858 antes da dedução das contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US\$ 129.586.
3. Fixar o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2017, em US\$ 174.373 antes da dedução das contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US\$ 130.586.
4. Fixar o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2017, em US\$ 192.236 antes da dedução das contribuições do pessoal, resultando em um salário líquido modificado de US\$ 142.376.

Anexo

## Anexo

**MODIFICACIONES DEL ESTATUTO Y EL REGLAMENTO DEL PERSONAL<sup>1</sup>  
DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

**310. DEFINICIONES**

...

**310.5.2** a los hijos, según la definición de la Oficina, cuyo principal mantenimiento el funcionario certifique estar aportando de continuo, siempre que no hayan cumplido 18 años o, si asisten a tiempo completo a una escuela o universidad, siempre que no hayan cumplido 21. Se obviarán los requisitos de edad y asistencia a centros docentes si los hijos tienen una discapacidad física o mental que les impida tener un empleo bien remunerado, ya sea permanentemente o por un largo período. Si los dos progenitores son funcionarios de organizaciones internacionales que suscriben el sistema común de sueldos y subsidios, los hijos que se encuentren en cualquiera de estas situaciones se considerarán familiares a cargo del cónyuge cuyos ingresos ocupacionales anuales arrojen la cantidad mayor, a menos que los funcionarios en cuestión soliciten lo contrario;

...

**310.7** Un “progenitor sin cónyuge” es un funcionario que reúne los siguientes criterios:

**310.7.1** el funcionario no tiene cónyuge;

**310.7.2** el funcionario tiene un hijo a cargo de acuerdo con la definición en el artículo 310.5.2;

**310.7.3** el funcionario aporta el principal mantenimiento de ese hijo de manera continua .

**330. SUELDOS**

**330.1** Los sueldos brutos básicos estarán sujetos a las siguientes contribuciones:

**330.1.1** Para el personal de las categorías profesional y superior:

Ingreso gravable (En EUA\$)	Porcentaje de la contribución para funcionarios %
Primeros 50.000	17
Los siguientes 50.000	24
Los siguientes 50.000	30
Resto de los pagos gravables	34

**340. PRESTACIÓN POR FAMILIARES A CARGO Y POR PROGENITOR SIN**

<sup>1</sup> O Regulamento do Pessoal só existe em inglês ou espanhol. Aqui está anexado a versão em espanhol.

**CÓNYUGE**

Los miembros del personal de categoría profesional y superior, a excepción de aquellos con nombramientos temporales con arreglo a las disposiciones del artículo 420.4, tendrán derecho a percibir una prestación, de la siguiente manera:

**340.1** Por cada hijo a cargo, según la definición en el artículo 310.5.2. El subsidio se reducirá en una cantidad igual a cualquier prestación de seguro social recibida de una administración pública, o conforme a una ley pública, por los hijos.

**340.2** Por un hijo física o mentalmente discapacitado, con arreglo a las disposiciones del artículo 310.5.2, un monto equivalente al doble de la prestación por hijo a cargo. Esta prestación se reducirá en una cantidad igual a cualquier prestación de seguro social recibida de una administración pública, o conforme a una ley pública, por dicho hijo.

**340.3** Por el padre, la madre, un hermano o una hermana a cargo, según la definición en el artículo 310.5.3.

**340.4** Por un cónyuge a cargo, según la definición en el artículo 310.5.1.

**340.5** Por ser reconocido como progenitor sin cónyuge, según la definición en el artículo 310.7.

**340.6** El importe del subsidio que se abonará de conformidad con lo dispuesto en este reglamento estará en consonancia con las condiciones de servicios establecidas para el régimen común de las Naciones Unidas.

**350. SUBSIDIO DE EDUCACIÓN**

...

**350.1.1** el subsidio de educación se pagará a partir del año escolar en que el hijo a cargo, como se define en el artículo 310.5.2, cumpla los cinco años de edad o más al comienzo del año escolar, o cuando el hijo cumpla los cinco años dentro de los tres meses siguientes al comienzo del año escolar, siempre que se pueda comprobar que asiste a un programa de tiempo completo que como parte primordial de su currículo reúne los elementos básicos de la educación formal. El subsidio se extenderá hasta fines del año académico en que el hijo cumpla los 25 años de edad, complete cuatro años de estudios por encima del nivel secundario o reciba el primer diploma postsecundario, de estas condiciones la que se cumpla primero;

...

**350.2** Este subsidio se pagará por:

...

**350.2.2** el costo de los estudios a tiempo completo en un centro de enseñanza situado fuera del país o del área del lugar oficial de destino, inclusive el costo de pensionado completo si lo facilita la institución. Cuando el alumno estudie en régimen de externado, el funcionario recibirá una cantidad fija anual. Corresponderá una suma fija adicional de \$5.000 para aquellos funcionarios asignados a un lugar de destino que no sea una sede para los gastos de internado en los niveles de enseñanza primaria o secundaria fuera del país o de una zona que permita ir y volver diariamente del lugar de destino.

...

**350.2.5** las clases de lengua materna al hijo, con respecto al cual el funcionario tenga derecho a percibir el subsidio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 350.1.1, que asista a una escuela local donde la enseñanza se imparta en un idioma que no sea el del niño, cuando el funcionario preste servicio en un país cuyo idioma sea diferente del suyo y donde los centros escolares no ofrezcan posibilidades satisfactorias para el aprendizaje de esa lengua.

...

**350.4** "Se entiende por "costo de los estudios" el derecho de matrícula, incluidos los gastos de enseñanza del idioma materno y los gastos relacionados con la inscripción solamente.

...

**350.6** Las contribuciones para gastos de capital requeridas por los centros de enseñanza serán reembolsadas, fuera del plan del subsidio de educación, de acuerdo con las condiciones establecidas por la Oficina.

### **360. INCENTIVO POR MOVILIDAD, PRESTACIÓN POR CONDICIONES DE TRABAJO DIFÍCILES Y PRESTACIÓN POR SERVICIO EN LUGARES DE DESTINO NO APTOS PARA FAMILIAS**

Las siguientes prestaciones no pensionables se abonan a los funcionarios, excepto aquellos contratados según el artículo 1310 o el 1330, que sean nombrados o reasignados a ciertas categorías de lugar de destino designadas por la Comisión de Administración Pública Internacional (CAPI) durante un período de un año o más. Estas prestaciones son determinadas por la Oficina sobre la base de las condiciones y los procedimientos establecidos por la CAPI:

**360.1.** Incentivo por movilidad: a fin de proporcionar incentivos para la movilidad, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo o de servicio.

**360.2** Prestación por condiciones de vida difíciles: a fin de reconocer los distintos grados de dificultad en los lugares de destino, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo, de servicio o temporal.

**360.3** Prestación por servicio en lugares de destino no aptos para familias: a fin de reconocer el servicio en lugares de destino con restricciones para las familias, se abona esta prestación a los funcionarios que tengan un nombramiento de plazo fijo, de servicio o temporal.

### **365. PRIMA DE INSTALACIÓN**

**365.1** Los miembros del personal con nombramientos de plazo fijo que efectúen un viaje autorizado con motivo de su nombramiento o traslado a un lugar oficial por un período no menor de un año, percibirán una prima de instalación (véase el artículo 365.6 con respecto al personal temporal).

**365.2** El monto de la prima de instalación será equivalente a los viáticos aplicables a la fecha en que la persona llegue al lugar de destino:

**365.2.1** con respecto al propio funcionario, se abonará por un período de 30 días;

**365.2.2** con respecto al cónyuge y los hijos a cargo que acompañen al funcionario o se reúnan con este en el lugar de destino con los gastos cubiertos según el artículo 820, por un período de 15 días.

**365.3** De acuerdo con las condiciones establecidas por la Oficina en virtud de las condiciones y los procedimientos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas para el sistema de Naciones Unidas la prima de instalación además incluirá una suma fija que se calculará y pagará sobre la base de un mes del sueldo básico neto del funcionario y, según corresponda, el ajuste por lugar de destino correspondiente al lugar del destino al que el funcionario sea asignado y a la tasa aplicable correspondiente a la fecha de llegada al lugar de destino.

**365.3.1** La suma fija se recuperará en forma proporcional, de acuerdo con las condiciones que establezca la Oficina, si un miembro del personal dimite antes de transcurridos seis meses desde su nombramiento o reasignación.

**365.4** Si ambos cónyuges son miembros del personal de organizaciones internacionales que aplican el sistema común de sueldos y subsidios en el mismo lugar de destino, cada miembro del personal recibirá la parte correspondiente a los viáticos de la prima de instalación establecida en el artículo 365.2.1. Con respecto a la parte correspondiente a los viáticos prevista en el artículos 365.2.2, el monto será pagado al miembro del personal a cuyo cargo un hijo ha sido reconocido como dependiente por la Organización. La parte correspondiente a la suma global prevista en el artículo 365.3 se pagará al cónyuge que tenga derecho al monto más elevado.

**365.5** La prima de instalación no se pagará:

**365.5.1** con respecto a los hijos nacidos, o por cualquier otra persona reclamada como familiar a cargo del funcionario, después de la llegada de este al lugar de destino;

**365.5.2** a un miembro del personal que se separe del servicio y luego reciba una oferta de un nuevo nombramiento en el mismo lugar de destino dentro del plazo de un año.

**365.6** En el caso de un viaje autorizado con motivo de su nombramiento, todo funcionario titular de un contrato temporario recibirá el pago de la prima de instalación de conformidad con el artículo 365.2.1 respecto del propio funcionario. Los funcionarios temporales no reúnen los requisitos para recibir la parte correspondiente a la suma global de la prima de instalación. Todo pago hecho de acuerdo con el artículo 365.2.1 no puede ser incompatible con el artículo 365.5.2.

### **370. PRIMA POR REPATRIACIÓN**

**370.1** Los funcionarios que al cesar en la Oficina por razones que no sean la destitución inmediata prevista en el artículo 1075.2 hayan prestado servicios continuos durante cinco años como mínimo en un lugar fuera de su país de residencia reconocido y que posean un nombramiento de plazo fijo o de servicio, percibirán una prima de repatriación con arreglo a la siguiente escala y al artículo 380.2. El pago en lo que respecta a los derechos estará supeditado a la presentación, por parte del ex-funcionario, de pruebas documentales, de conformidad con los criterios establecidos, que acrediten su instalación fuera del país de su último lugar de destino o fuera del país de residencia reconocido durante su última asignación, tomando en consideración las disposiciones del artículo 370.4. Esta parte de la prima se pagará si se solicita su reembolso dentro de los dos años que sigan a la fecha efectiva de cese en el servicio.

**370.1.1** Para el personal de categoría profesional y superior:

Años de servicio reconocidos	Semanas de sueldo	
	Sin cónyuge ni hijos a cargo	Con cónyuge o hijos a cargo
5	8	14
6	9	16
7	10	18
8	11	20
9	13	22
10	14	24
11	15	26
12 o más	16	28

**370.1.2** Para el personal de la categoría de servicios generales:

Años de servicio reconocidos	Semanas de sueldo	
	Sin cónyuge ni hijos a cargo	Con cónyuge o hijos a cargo
5	7	14
6	8	16
7	9	18
8	10	20
9	11	22
10	12	24
11	13	26
12 o más	14	28

### **375. PRIMA POR TERMINACIÓN DE SERVICIO**

**375.1** Los funcionarios que sean titulares de un nombramiento por un periodo fijo, incluidos aquellos en puestos de duración limitada con cinco años o más de servicio, tendrán derecho a una prima basada en sus años de servicios si:

- 375.1.1** su nombramiento no se renueva después de cumplir cinco años reconocidos de servicio ininterrumpido,
- 375.1.2** no han recibido ni declinado el ofrecimiento de renovación de su nombramiento,
- 375.1.3** no han alcanzado los 65 años de edad o, alternativamente, su edad de jubilación elegida según lo notificado a la Organización de acuerdo con el artículo 1020.1, y

...

### **410. NORMAS PARA LA CONTRATACIÓN**

...

**410.2** No se tomarán en consideración las candidaturas de personas de menos de 20 años o de más de 65 años de edad.

### **510. ASIGNACIÓN DE FUNCIONES**

...

**510.2** A los fines del derecho a percibir la prima de instalación, el incentivo por movilidad y el envío por traslado, una asignación es aquella que requiera que el funcionario se instale en el lugar de destino durante un período de por lo menos un año.

**550. AUMENTO DE SUELDO DENTRO DEL MISMO GRADO**

...

**550.2** Por período unitario de servicio se entiende el tiempo mínimo que deba pasar un funcionario en determinado escalón de su grado para tener derecho a un aumento de sueldo en el mismo grado, conforme a lo dispuesto en el artículo 550.1. La duración del período unitario de servicio será como sigue:

**550.2.1** de un año de servicio a tiempo completo en todos los grados y pasos, excepto aquellos en el artículo 550.2.2;

**550.2.2** de dos años de servicio a tiempo completo en las categorías de P-1 a P-5 después del escalón VII, P-6/D-1 después del escalón IV, y D-2 después del escalón I;

...

**640. LICENCIA EN EL PAÍS DE ORIGEN**

...

**640.4** Los funcionarios podrán hacer uso de la licencia en el país de origen de la siguiente manera:

- a) al completar un período de servicio de 12 meses que dé derecho a esa licencia en un lugar de destino de categoría D o E que no entre en el marco de descanso y recuperación (a los fines de la periodicidad de la licencia en el país de origen, esos lugares se conocen como “lugares de destino con ciclo de 12 meses”), o
- b) al completar un período de servicio de 24 meses que dé derecho a esa licencia en cualquier otro lugar de destino (a los fines de la periodicidad de la licencia en el país de origen, esos lugares se conocen como “lugares de destino con un ciclo de 24 meses”).
- c) En aquellos casos de reasignación o reclasificación de un lugar de destino, al completarse el período de servicio que dé derecho a esa licencia de acuerdo con lo que determine el Director en conformidad con los criterios establecidos.

**810. VIAJES DE LOS MIEMBROS DEL PERSONAL**

La Oficina abonará los gastos de viaje de un miembro del personal en los siguientes casos:

...

**810.5** Una vez en el curso de cada intervalo entre dos fechas que facultan para la licencia en el país de origen (o una vez durante un contrato de duración equivalente) desde el lugar de destino al lugar de residencia, definido en el artículo 820.1, del cónyuge y de los hijos a cargo, y para el regreso al lugar de destino, siempre que:

**810.5.1** el miembro del personal haya renunciado al cobro de los gastos de viaje a que tienen derecho su cónyuge y sus hijos en virtud de los artículos 820 y 825, salvo los del viaje correspondiente al subsidio de educación, de conformidad con el artículo 820.2.5.2;

## **820. VIAJES DEL CÓNYUGE Y DE LOS HIJOS**

**820.1** A los efectos de las disposiciones relativas a los viajes por cuenta de la Oficina, solo se considerarán familiares:

...

**820.1.3** los hijos por los que la Oficina haya pagado anteriormente gastos de viaje que tengan derecho, por última vez, a un viaje en una sola dirección, sea para reunirse con el miembro del personal en su lugar de destino o para regresar al país del lugar de residencia reconocida antes de que transcurra un año desde que hayan perdido la condición de familiares a cargo. La Oficina no costeará más que un viaje de ida desde el lugar de destino hasta el lugar de residencia reconocido; sin embargo, este viaje no se autorizará si el viaje de ida y vuelta al que el hijo puede tener derecho en virtud del artículo 820.2.5.2, se completa después del final del año académico en que el hijo haya cumplido 21 años;

**820.1.4** los hijos por los que quepa percibir un subsidio de educación, según lo dispuesto en el Artículo 350.1.2 para viajes efectuados en virtud de los artículos 820.2.5.1, 820.2.5.2, y 820.2.5.5.

**820.2** Exceptuados los miembros del personal titulares de un contrato temporal de conformidad con lo dispuesto en el artículo 420.4, la Oficina abonará los gastos de viaje del cónyuge y los hijos a cargo de un funcionario, siempre que reúnan las condiciones fijadas en el artículo 820.1, en las siguientes circunstancias:

**820.2.1** Al contratarle por un período no inferior a un año, para el viaje desde el lugar de residencia reconocido o, si la Oficina lo juzga preferible, desde el lugar de contratación hasta el lugar de destino, o desde cualquier otro lugar, siempre que los gastos en que la Oficina incurra no sean mayores que los del transporte desde el lugar de residencia y a condición de que el cónyuge permanezca en el lugar de destino por lo menos seis meses;

...

**820.2.5** por cada hijo que dé derecho a percibir los gastos de internado en virtud del subsidio de educación según el artículo 350, por estar cursando estudios en un centro de enseñanza tan alejado del lugar de destino que el alumno no pueda trasladarse diariamente a él, siempre que no sea aplicable lo dispuesto en el artículo 655.4:

...

**820.2.5.3** gastos de viaje de ida y vuelta por licencia en el país de origen entre el lugar de estudio y el lugar a que el funcionario está autorizado a viajar en virtud del artículo 640.5 (siempre que los gastos a cargo de la Oficina no excedan de los del viaje de ida y vuelta entre el lugar de destino y el lugar de residencia reconocida del miembro del personal), a condición de que:

- 1) el viaje coincida con el viaje del miembro del personal por licencia en el país de origen;
- 2) el hijo tenga menos de 21 años, y
- 3) medie un lapso de tiempo razonable en relación con cualquier otro viaje autorizado en virtud del artículo 820;

**820.2.5.4** el último viaje en una sola dirección definido en el artículo 820.1.3 antes de que transcurra un año a partir de la fecha en la que llega a término el derecho a percibir un subsidio de educación en virtud del artículo 350.1.2, a condición de que el derecho a ese viaje no se haya ejercido ya en aplicación del artículo 820.1.3. La Oficina no costeará más que un viaje de ida desde el lugar de destino hasta el lugar de residencia reconocido; sin embargo, dicho viaje no se autorizará si el viaje de ida y vuelta al que el hijo puede tener derecho en virtud del artículo 820.2.5.2, se realiza después de que el hijo haya dejado de tener derecho al subsidio de educación concedido en virtud del artículo 350.1.2;

## **855. ENVÍO POR TRASLADO**

**855.1** Los miembros del personal con nombramiento de plazo fijo o de servicio que se hayan instalado al menos un año en un lugar de destino que no sea su lugar de residencia tendrán derecho, dentro de los límites establecidos, al reembolso del costo que ocasione el traslado de sus muebles y enseres. El reembolso se hace cuando el funcionario es asignado a un lugar de destino (véase el artículo 510.2) y cuando un funcionario se separa del servicio, excepto lo especificado en el artículo 1010.2.

**855.2** Si ambos cónyuges son funcionarios de organizaciones internacionales que aplican el régimen común de sueldos y subsidios, este derecho se regirá por las cláusulas y condiciones establecidas en el Manual de la OPS/OMS.

## **860. DERECHOS SIN EJERCER**

Los miembros del personal con derecho a que se les abonen los gastos de viaje o de envío por traslado en caso de repatriación deben hacer uso de ese derecho en el plazo de dos años a partir de la fecha de separación del funcionario.

**870. GASTOS EN CASO DE DEFUNCIÓN**

...

**870.2** En caso de defunción del miembro del personal, el cónyuge y sus hijos tendrán derecho al pago de los gastos de viaje y de envío por traslado a cualquier lugar, siempre que la Oficina esté obligada a repatriarlos en virtud del artículo 820.2.7 y que los gastos en que incurra no sean mayores que los del viaje y el transporte al lugar de residencia reconocido del funcionario fallecido. El derecho al envío por traslado se rige por las disposiciones del artículo 855.1.

**1020. JUBILACIÓN**

**1020.1** Excepto en aquellos casos que se indican a continuación, los miembros del personal deben jubilarse al terminar el mes en que llegan a la edad de 65 años.

**1020.1.1** Los funcionarios que hayan ingresado en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas antes del 1 de enero de 1990 pueden elegir jubilarse el último día del mes en el que cumplan los 60 años, o entre los 60 y los 65 años, avisando por escrito con al menos tres meses de anticipación la fecha de jubilación elegida.

**1020.1.2** Los funcionarios que hayan ingresado en la Caja Común de Pensiones de las Naciones Unidas entre el 1 de enero de 1990 y el 31 de diciembre del 2013 inclusive pueden elegir jubilarse el último día del mes en el que cumplan los 62 años, o entre los 62 y los 65 años, avisando por escrito con al menos tres meses de anticipación la fecha de jubilación elegida.

**1020.1.3** Los funcionarios no podrán cambiar la fecha elegida de jubilación una vez que hayan avisado con tres meses de anticipación de conformidad con el artículo 1020.1.1 o 1020.1.2.

**1020.2** En casos excepcionales, se podrá conceder una prórroga más allá de los 65 años de edad a condición de que ello redunde en el interés de la Oficina y de que no sea por más de un año cada vez y no se podrá conceder una prórroga cuando el funcionario haya cumplido los 68 años.

*(Sétima reunião, 29 de junho de 2017)*

***CE160.R15: Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030***

***A 160ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,***

Tendo examinado o projeto da *Agenda de saúde sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar nas Américas* (documento CE160/14, Rev. 1);

Tomando nota da decisão tomada na reunião realizada em 28 de setembro de 2016 entre os ministros e delegados dos Estados Membros em relação com a necessidade de elaborar uma nova Agenda de Saúde para as Américas que expressasse a visão compartilhada dos países para o desenvolvimento da saúde na Região das Américas;

Reconhecendo a importância de contar com uma agenda de saúde regional que responda tanto aos compromissos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável no contexto regional como às prioridades dos países da Região, para continuar avançando rumo ao gozo do melhor estado de saúde e bem-estar que seja possível atingir para todas as pessoas;

Reconhecendo o esforço e compromisso dos 16 Estados Membros do Grupo de Trabalho de Países para elaborar a Agenda mediante um processo participativo e inclusivo, assim como a liderança do Ministério de Saúde Pública do Equador, que ocupou a presidência; dos Ministérios da Saúde do Panamá e de Barbados, que ocuparam as vice-presidências; e o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana, exercendo sua função de Secretariado Técnico,

***RESOLVE:***

Recomendar à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana que aprove uma resolução nos seguintes termos:

**AGENDA DE SAÚDE SUSTENTÁVEL PARA AS AMÉRICAS 2018-2030**

***A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,***

Tendo considerado a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar nas Américas* (documento CSP29/\_\_);

Observando que a Agenda de Saúde Sustentável constitui o marco de política e planejamento estratégico em matéria de saúde na Região das Américas, que servirá de orientação para os planos estratégicos da OPAS e os planos nacionais dos Estados Membros;

Tomando nota da decisão das autoridades de saúde da Região de que esta Agenda seja um chamado à ação coletiva para obter níveis mais altos de saúde e bem-estar no novo contexto regional e mundial, e de que representa a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros da OPAS na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e aos assuntos inacabados dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDM) e da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, bem como aos desafios regionais emergentes em matéria de saúde pública;

Reconhecendo que o Grupo de Trabalho de Países, formado por delegados dos Ministérios e Secretarias da Saúde de 16 Estados Membros, representando cada sub-região

do continente americano, e com o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana como Secretariado Técnico, realizou um processo intenso de trabalho e consultas aos Estados Membros sobre o tema para elaborar uma proposta para a nova Agenda de maneira participativa e inclusiva,

**RESOLVE:**

1. Aprovar a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar nas Américas* (documento CSP29/\_\_\_).
2. Agradecer ao Grupo de Trabalho de Países, na figura de sua Presidente, a Ministra de Saúde Pública do Equador, e de seus Vice-presidentes, os Ministros da Saúde do Panamá e de Barbados, por sua liderança e pelas contribuições realizadas na elaboração da Agenda, e agradecer à Diretora pelo importante apoio prestado pela Repartição em sua função de Secretariado Técnico deste grupo.
3. Instar os Estados Membros a:
  - a) utilizarem esta Agenda como importante insumo estratégico para a formulação de políticas de saúde em seus países, como julgarem apropriado;
  - b) determinarem as medidas e recursos necessários para alcançar os objetivos desta Agenda e implementá-la por inteiro, tendo em conta o contexto particular de cada país, as prioridades estabelecidas e as obrigações internacionais;
  - c) trocarem experiências e boas práticas e promoverem alianças orientadas à consecução das metas e objetivos, em consonância com o princípio da solidariedade pan-americana;
  - d) empreenderem esforços para promover a coordenação governamental intersetorial e a participação das organizações da sociedade civil, a fim de assegurar avanços na implementação da Agenda, assim como a prestação de contas;
  - e) apoiarem e participarem do seguimento, avaliação e apresentação de relatórios, por intermédio dos mecanismos-padrão, sobre avanços em seus países rumo aos objetivos e metas da Agenda.
4. Pedir à Diretora que:
  - a) utilize a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 como o marco de política e planejamento estratégico de mais alto nível na Região a fim de orientar a formulação dos próximos planos estratégicos da OPAS;
  - b) estabeleça que os planos estratégicos da OPAS serão os instrumentos para levar adiante a nova Agenda no contexto regional e que, por intermédio destes planos estratégicos, serão orientados os esforços e estratégias de cooperação da Organização com os Estados Membros;

- c) estabeleça os processos de definição de indicadores para a implementação, seguimento, avaliação e apresentação de relatórios sobre a nova Agenda, com base nos sistemas já existentes dentro da Organização;
- d) coordene, com as instâncias pertinentes da Organização dos Estados Americanos (OEA) e com a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o fortalecimento dos mecanismos de cooperação regional para a implementação desta Agenda e da Agenda 2030;
- e) promova a difusão da nova Agenda entre os organismos de cooperação internacional e os fóruns de integração regional e sub-regional em matéria da saúde, com o propósito de obter harmonização e sinergias que favoreçam contribuições para a consecução dos objetivos da Agenda;
- f) informe os Estados Membros sobre a implementação da Agenda, incluindo o progresso na direção de alcançar as metas, por meio de relatórios de progresso periodicos aos Órgãos Diretores da OPAS.

*(Sétima reunião, 29 de junho de 2017)*

#### ***Decisões***

##### ***Decisão CE160(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 CE160/1, Rev. 2).

*(Primeira reunião, 26 de junho de 2017)*

##### ***Decisão CE160(D2): Representação do Comitê Executivo na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas***

Em conformidade com o Artigo 54 de seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo designou a Argentina e Trinidad e Tobago titulares da Presidência e da Vice-Presidência, respectivamente, para representarem o Comitê na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. O Comitê nomeou Colômbia e Panamá representantes suplentes.

*(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)*

***Decisão CE160(D3): Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022***

Após examinar o projeto do plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais, o Comitê Executivo decidiu que deveriam ser feitas consultas regionais de acordo com o roteiro proposto pela Repartição e respaldado por um grupo de trabalho dos Estados Membros, com o objetivo de apresentar uma versão revisada do referido plano de ação à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 2017. O Comitê também decidiu que se elaborasse outra estratégia e plano de ação sobre os sistemas de informação para a saúde para consideração pelos Órgãos Diretores em 2018.

*(Sexta reunião, 28 de junho de 2017)*

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

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

---

Dr. Rubén A. Nieto  
Presidente da  
160ª Sessão do Comitê Executivo  
Delegado da Argentina

---

Dra. Carissa F. Etienne  
Secretária *ex officio* da  
160ª 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 na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
    - 2.3 Projeto da agenda provisória para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
  - 3. ASSUNTOS RELATIVOS AO COMITÊ**
    - 3.1 Relatório sobre a 11ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração
    - 3.2 Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)
    - 3.3 Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais
    - 3.4 Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS
    - 3.5 Relatório anual do Escritório de Ética (2016)
    - 3.6 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS
    - 3.7 Nomeação de um membro do Comitê de Auditoria da OPAS
  - 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS**
    - 4.1 Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019: Propuesta de modificaciones
-

**4. ASUNTOS RELATIVOS A LA POLÍTICA DE LOS PROGRAMAS** *(cont.)*

- 4.2 Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019
- 4.3 Nova escala de contribuições fixas
- 4.4 Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
- 4.5 Política sobre etnia e saúde
- 4.6 Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023
- 4.7 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022
- 4.8 Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
- 4.9 Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022

**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 2016
- 5.3 Programação da receita excedente
- 5.4 Seguro-saúde pós-serviço
- 5.5 Atualização sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital
- 5.6 Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
- 5.7 Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2019 e 2020-2021

**6. ASSUNTOS RELATIVOS AO PESSOAL**

- 6.1 Modificaciones del Estatuto y el Reglamento del Personal de la Oficina Sanitaria Panamericana

**6. ASSUNTOS RELATIVOS AO PESSOAL** (*cont.*)

- 6.2 Estatísticas sobre a dotação de pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
- 6.3 Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

**7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL**

- 7.1 Atualização sobre a reforma da OMS
- 7.2 Processo de eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas
- 7.3 Situação do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana (PMIS)
- 7.4 Centros colaboradores da OPAS/OMS
- 7.5 Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final
- 7.6 Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final
- 7.7 Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas: Relatório final
- 7.8 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:
  - A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso
  - B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso
  - C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária
  - D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso
  - E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso
  - F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária

**7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO GERAL** (*cont.*)

7.8 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (*cont.*):

- G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária
- H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária
- I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária
- J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária
- K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório de progresso
- L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso
- M. Situação dos Centros Pan-Americanos

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

- A. 70ª Assembleia Mundial da Saúde
- B. Organizações sub-regionais

**8. OUTROS ASSUNTOS**

**9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO**

**Anexo B**

**LISTA DE DOCUMENTOS**

**Documentos oficiais**

*Doc. Of. 353* Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2016

**Documentos de trabalho**

CE160/1, Rev. 2 Adoção da agenda e do programa de reuniões

CE160/2 Representação do Comitê Executivo na 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE160/3, Rev. 1 Projeto da agenda provisória para a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS, 69ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE160/4 Relatório sobre a 11ª sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração

CE160/5 y Add. I Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)

CE160/6 Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais

CE160/7 Agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS

CE160/8 Relatório anual do Escritório de Ética (2016)

CE160/9, Rev. 1 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS

CE160/10 Nomeação de um membro do Comitê de Auditoria da OPAS

CE160/11 y Add. I Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019: Proposta de modificações

CE160/12, Add. I y II, Rev. 1 Projeto do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019

---

**Documentos de trabajo** (cont.)

CE160/13, Rev. 1 y Add. I, Rev. 1	Nova escala de contribuições fixas
CE160/14, Rev. 1 y Add. I	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018 2030
CE160/15	Política sobre etnia e saúde
CE160/16	Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023
CE160/17, Rev. 2	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022
CE160/18	Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
CE160/19	Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022
CE160/20 y Add. I	Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
CE160/21	Programação da receita excedente
CE160/22	Seguro-saúde pós-serviço
CE160/23	Atualização sobre o Fundo Mestre de Investimentos de Capital
CE160/24	Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
CE160/28	Atualização da nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2019 e 2020-2021
CE160/25	Modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
CE160/26	Estatísticas sobre a dotação de pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
CE160/27	Intervenção do representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

**Assuntos de informação geral**

CE160/INF/1	Atualização sobre a reforma da OMS
CE160/INF/2	Processo de eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas
CE160/INF/3	Situação do Sistema de Informação para a Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana (PMIS)
CE160/INF/4	Centros colaboradores da OPAS/OMS
CE160/INF/5	Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final
CE160/INF/6	Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final
CE160/INF/7	Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas: Relatório final
CE160/INF/8	Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none"><li>A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso</li><li>B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso</li><li>C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária</li><li>D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso</li><li>E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso</li><li>F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária</li><li>G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária</li><li>H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária</li><li>I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária</li></ul>

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

CE160/INF/8

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: (*cont.*)

- J. Plan de acción para coordinar la asistencia humanitaria:  
Examen de mitad de período
- K. La cooperación para el desarrollo sanitario en las Américas:  
Informe de progreso
- L. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso
- M. Examen del cargo aplicable para la compra de insumos de salud pública para los Estados Miembros: Informe de progreso

CE160/INF/9

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

- A. 70ª Assembleia Mundial da Saúde
- B. Organizações sub-regionais

**Anexo C**

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES**

**OFFICERS / MESA DIRECTIVA**

<b>President / Presidente:</b>	Dr. Rubén A. Nieto (Argentina)
<b>Vice-President / Vicepresidente:</b>	Dr. Vishwanath Partapsingh (Trinidad and Tobago)
<b>Rapporteur / Relator:</b>	Dra. Lucrecia Hernández Mack (Guatemala)

**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

Delegates – Delegados

Exmo. Sr. Juan José Acuri  
Embajador, Representante Permanente de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Dra. Mariana Fernández Wiedmann  
Profesional de la Subsecretaría de Relaciones Institucionales  
Ministerio de Salud de la Nación  
Buenos Aires

**ARGENTINA**

Delegates – Delegados (*cont.*)

Sra. Cynthia Hotton  
Consejera, Representante Alterna de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antônio Carlos Figueiredo Nardi  
Secretário-Executivo  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

Sr. Alexandre Fonseca Santos  
Diretor, Programa de Secretaria Executiva  
Ministério da Saúde  
Brasília

Conselheira Marise Ribeiro Nogueira  
Chefe da Divisão de Temas Sociais  
Ministério das Relações Exteriores  
Brasília

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

---

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca  
Conselheiro, Representante Alternado  
do Brasil junto à Organização dos Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Rodrigo de Carvalho Dias Papa  
Segundo Secretário, Representante Alternado  
do Brasil junto à Organização dos Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Sr. Francisco Adriaola  
Coordinador de Asuntos Internacionales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Sra. Carolina Horta  
Segunda Secretaria, Representante Alternada  
de Chile ante la Organización de  
los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Vásquez Camacho  
Ministra Consejera, Representante Alternada  
de Colombia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Lucrecia Hernández Mack  
Ministra de Salud Pública y Asistencia Social  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Guatemala

Delegates – Delegados

Excmo. Gabriel Aguilera Peralta  
Embajador, Representante Permanente de  
Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Lcda. Libna Elubina Bonilla Alarcón  
Ministra Consejera, Representante Alternada  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Mauricio Benard  
Tercer Secretario, Representante Alternado  
de Guatemala ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Reina Roa  
Directora Nacional de Planificación  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

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

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

**PANAMA/PANAMÁ (cont.)**

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. José Luis Vásquez  
Funcionario de la Dirección de Asuntos  
Internacionales y Cooperación Técnica  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Sr. Demetrio Fong Vigil  
Consejero, Representante Alterno de  
Panamá ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y  
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Vishwanath Partapsingh  
Principal Medical Officer  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Garrett Grigsby  
Director  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. 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.

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

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Ann Danelski  
Global Health Officer  
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.

Ms. Leslie Hyland  
Director  
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.

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

Ms. Maya Levine  
Senior Global Health Officer  
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. Allison O'Donnell  
Global Health Officer  
Americas Region  
Office of Global Affairs  
Department of Health and Human Services  
Washington, D.C.

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

Ms. Katie Qutub  
Health Systems Officer  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Ms. Terry Tracy  
Program Analyst  
Office of Management, Policy and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood  
International Health Analyst  
Multilateral Affairs 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**

**CANADA/CANADÁ**

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

Ms. Lucero Hernandez  
Manager, Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada  
Ottawa

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Ms. Monica Palak  
Senior Policy Analyst  
Multilateral Relations Division  
Office of International Affairs for the  
Health Portfolio  
Health Canada, Ottawa

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

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

**CANADA/CANADÁ** *(cont.)*

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

Ms. Renukah Koilpillai  
Intern  
Permanent Mission of Canada to the  
Organization of American States  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Dra. María Verónica Espinosa Serrano  
Ministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

**MEXICO/MÉXICO**

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

**PERU/PERÚ**

Dra. Silvia Ester Pessah Eljay  
Viceministra de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Lima

Sr. Samuel Ashcallay  
Primer Secretario, Representante Alterno de  
Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Julia Virna Ruiz  
Tercera Secretaria, Representante Alternativa  
de Perú ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES**

**SPAIN/ESPAÑA**

Excmo. Sr. D. Cristóbal Valdés  
Embajador, Observador Permanente  
de España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

**SPAIN/ESPAÑA** *(cont.)*

Sr. D. Fabián Gutiérrez  
Becario, Misión Observadora Permanente de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Ms. Ideli Salvatti

**World Bank/  
Banco Mundial**

Dr. Fernando Lavandez

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

**American Society for  
Microbiology/Sociedad Americana de  
Microbiología**

Dr. Prasad Kuduvali

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

Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart

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

Mrs. Lily Waterston

**Mundo Sano**

Lic. Marcelo Abril

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

Ms. Vina HuLamm

**U.S. Pharmacopeia**

Mr. Damian Cairatti  
Ms. Annie Toro

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

Dra. Carmen del Pilar Tello Espinoza

**SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES**

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

Mr. John Fox

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

Ms. Karen Linda Ortíz Finnemore  
Mr. Alfredo Campos Lacoba

**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. Scott Shauf  
Senior Legal Advisor, Office of the  
Legal Counsel  
Asesor Legal Senior, Oficina del Asesor  
Jurídico

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

- - -