



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



45º CONSELHO DIRETOR

56ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro-1 de outubro 2004

Tema 5.3 da Agenda Provisória

CD45/8 (Port.)
12 de agosto de 2004
ORIGINAL: INGLÊS

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO E METAS DE SAÚDE

Este documento descreve o papel da OPAS no apoio aos Estados membros na consecução dos Objetivos da Declaração do Milênio e outras metas correlatas comumente conhecidas como Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs). As MDMs refletem os resultados de décadas de formação de consenso dentro do sistema das Nações Unidas e de cúpulas mundiais e conferências globais das Nações Unidas. Resumem os compromissos cruciais acordados por chefes de Estado por ocasião da Cúpula de Desenvolvimento do Milênio na Declaração do Milênio.

Em 2005, cinco anos após a Cúpula, a Assembléia Geral das Nações Unidas avaliará o progresso global rumo às Metas da Declaração do Milênio. A consecução dos objetivos relacionados com a saúde estará no centro dessa avaliação, e os Estados membros terão que tomar medidas concertadas e sustentadas neste sentido. As MDMs colocaram o investimento na saúde das pessoas no centro do novo programa de desenvolvimento global.

Tanto o sistema das Nações Unidas como o Sistema Interamericano estão atribuindo a mais alta prioridade ao quadro das MDMs em seu trabalho. Neste particular, a OPAS/OMS está impulsionando algumas estratégias para se pôr à altura do desafio, procurando usar essa oportunidade como um ponto de acesso chave para conferir à saúde alta prioridade na agenda política dos países, órgãos sub-regionais e organizações regionais, e para fortalecer a cooperação com seus numerosos parceiros.

As MDMs relacionadas com a saúde são agora parte integrante das prioridades da OPAS/OMS e estão vinculadas a seu compromisso com a equidade na saúde entre os países e dentro deles e à formulação de políticas de saúde com resultados quantificáveis. Integram o processo de desenvolvimento sanitário nacional e dependem substancialmente do grau de proteção social em matéria de saúde.

A Organização tem estado engajada num significativo esforço para integrar e incorporar as MDMs em seu programa de trabalho em nível regional e nacional. Este documento descreve os grandes avanços nessa direção e trata de alguns passos futuros.

O Comitê Executivo adotou a Resolução CE134.R8 para consideração pelo Conselho Diretor.

ÍNDICE

Página

Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs): um programa comum focalizado.....	3
Compromisso com as metas da Declaração do Milênio nas Américas: controle nacional.....	4
Como está a região das Américas com relação às MDMs da saúde?	5
Contexto de política das MDMs e implicações para o enfoque da OPAS	15
Como a OPAS está avançando?.....	17
MDMs como parte integrante de renovação e das prioridades estratégicas da OPAS	20
Centrar-se na equidade: países e populações prioritários	20
Assegurar um enfoque integrador para as MDMs	21
Promoção de um compromisso com políticas de saúde com objetivos e metas de saúde quantificáveis.....	23
Esforços dentro da OPAS	26
Ação do Conselho Diretor	29
 Anexos	

Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs): um Programa Comum Focalizado

1. No ano 2000, ao adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas, 189 chefes de Estado endossaram uma estratégia global mediante a qual os Estados membros se comprometem a reduzir significativamente a pobreza e encabeçar ações decisivas para o desenvolvimento até o ano 2015. Essa estratégia foi operacionalizada em um roteiro que definiu oito objetivos específicos denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A estratégia e os objetivos foram ratificados na Conferência sobre Financiamento do Desenvolvimento das Nações Unidas em Monterrey, no mês de março de 2002, e pela Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável em setembro de 2002, em Johannesburgo.
2. Assim fazendo, os Estados membros ratificaram acordos alcançados em cúpulas anteriores das Nações Unidas, como a Conferência Internacional sobre a População e o Desenvolvimento, no Cairo (1994), a Cúpula Mundial sobre o Desenvolvimento Social, em Copenhague (1995), a Cúpula da Terra em Nova York (1997), a Cúpula Mundial sobre a Alimentação em Roma (2002) e a Sessão Extraordinária da Assembléia Geral sobre a Criança, em Novo York (2002).
3. Adotada a Declaração do Milênio, seus grandes objetivos foram resumidos como um pacote de 8 objetivos e 18 metas, todos agora denominados comumente Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs). Um conjunto de 48 indicadores foi proposto para medir os progressos alcançados (ver Anexo A). Desde então, muitas organizações e organismos doadores internacionais redirecionaram seus programas de trabalho para a consecução das MDMs. O roteiro proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) sublinha a sinergia entre os oito objetivos; de fato, eles são apresentados como um pacote indivisível. Tal enfoque reforça os princípios e a estratégia da Saúde para Todos e da Atenção Primária à Saúde (APS), e coloca a saúde no centro do desenvolvimento econômico e social.
4. Os objetivos de desenvolvimentos da Declaração do Milênio trouxeram o investimento na saúde das pessoas para o próprio centro da agenda do desenvolvimento do século XXI e agora proporcionam à comunidade da saúde pública um ponto de acesso inestimável para levantar o perfil da saúde. Três dos oito objetivos se referem explicitamente a temas de saúde — reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças. Sete das 18 metas estão diretamente relacionadas com a responsabilidade do setor da saúde. Meta 2: Reduzir a fome; Meta 5: Reduzir a mortalidade de crianças; Meta 6: Reduzir a mortalidade materna; Meta 7: Deter a propagação do HIV/AIDS; Meta 8: Deter a incidência da malária e outras doenças infecciosas; Meta 10: Reduzir a população sem acesso a água potável; e Meta 17: Proporcionar acesso a medicamentos essenciais. Esta alta prioridade

atribuída à saúde põe em relevo o novo consenso de que a saúde não apenas é um resultado do desenvolvimento, mas está em seu núcleo.

Compromisso com as Metas da Declaração do Milênio nas Américas: Controle Nacional

5. O fortalecimento do compromisso político com as Metas da Declaração do Milênio na Região das Américas ainda constitui um desafio; e são poucos os países que já integraram plenamente as Metas em seu processo de políticas. A partir de junho de 2004, nove países das Américas tinham elaborado um relatório sobre MDMs e o Caribe Oriental tinha preparado um relatório sub-regional. Além disso, estão em andamento 11 relatórios nacionais e cinco países iniciaram a elaboração de seus documentos nacionais. O Canadá e os Estados Unidos empreenderam esforços especiais como parceiros internacionais com respeito às MDMs na Região. Por exemplo, o Canadá assumiu um significativo compromisso financeiro com a estratégia 3 x 5 da OMS. A Bolívia, Honduras e Nicarágua foram selecionados no primeiro grupo de países como recipientes de ajuda para o desenvolvimento dos Estados Unidos por intermédio da Conta Desafio do Milênio.

6. O controle do país sobre o processo das MDMs é essencial e foi abordado na conferência de alto nível realizada em Brasília a 17 de novembro de 2003 por iniciativa do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Banco Mundial, PNUD, e Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), juntamente com o governo brasileiro. A conferência reuniu líderes políticos e representantes de organizações regionais em toda América e pôs em relevo a importância de alcançar um consenso político para a execução das Metas da Declaração do Milênio nas Américas. A Declaração de Brasília resultante é um chamamento à ação e execução¹, reforça o princípio de parceria inerente às Metas da Declaração do Milênio, e especifica as responsabilidades dos governos, legisladores, da sociedade civil e da comunidade internacional. Além disso, põe em relevo a forma como os objetivos e metas da Declaração do Milênio, entre eles os relacionados com a saúde, respaldam e reforçam os mandatos e prioridades adotados nas Cúpulas das Américas.

7. De fato, a Primeira Cúpula das Américas, realizada em Miami em 1994, apoiou um firme compromisso com o acesso equitativo a serviços básicos de saúde, em

¹ Banco Interamericano de Desenvolvimento, Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, Governo do Brasil, Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, Banco Mundial. *Brasília Declaration: Proposal for Implementing the Millennium Development Goals*. 17 de novembro de 2003.

conformidade com as recomendações da OPAS.² Na Cúpula de Santiago, em 1998, enfatizou-se o desenvolvimento e implementação de uma tecnologia da saúde eficaz e de baixo custo, com apoio técnico da OPAS, como via para a erradicação da pobreza.³ A Terceira Cúpula das Américas, que teve lugar na Cidade de Québec, em 2001, priorizou a eliminação da pobreza num contexto de equidade, governança democrática e sustentabilidade ambiental, e da cooperação técnica contínua prestada pela OPAS e outras organizações internacionais, mediante solicitação, em assuntos de saúde.⁴ Durante a Cúpula Extraordinária das Américas em 2003, os governos da Região aprovaram a Declaração de Nuevo León, que esboça três objetivos intimamente vinculados para elevar o bem-estar do povo das Américas: crescimento econômico com equidade para reduzir a pobreza, desenvolvimento social e governança democrática. Com relação à saúde, a proteção social foi reconhecida como um dos pilares do progresso, e os países comprometeram-se a expandir estratégias de prevenção, atenção e promoção, com ênfase particular nos segmentos mais vulneráveis da sociedade. A infecção pelo HIV/AIDS foi considerada de especial interesse, bem como as doenças emergentes e reemergentes, inclusive a malária, tuberculose e outros. Solicitou-se a cooperação técnica reforçada da OPAS a fim de executar atividades de saúde pública integradas para o controle dessas doenças.⁵ Está em marcha um processo para assegurar que as MDMs venham a constituir um componente importante da próxima Cúpula das Américas em 2005, na Argentina. Esta reunião brindará uma oportunidade excelente para pôr em destaque a importância dos investimentos em saúde.

Como está a região das Américas com relação às MDMs da saúde?

8. Uma análise recente indica que provavelmente nenhum país das Américas alcançará todas as MDMs. De fato, alguns dos desafios mais difíceis para os países das Américas residem na área da saúde. Atualmente, a Região em seu conjunto não parece pronta para alcançar as ambiciosas metas em matéria de mortalidade infantil e materna, embora a situação varie notavelmente entre os países e entre distintos grupos de

² Summit of the Americas Information Network. Health: First Summit of the Americas, Miami, Estados Unidos (dezembro de 1994) [Página na Internet]. Disponível no endereço <http://summitoftheAmericas.org/Miami%20Summit/Health.htm>. Acessado em 23 de julho de 2004.

³ Summit of the Americas Information Network. Second Summit of the Americas: Health Technologies. [Página na Internet]. Disponível no endereço: <http://www.summitoftheamericas.org/Health-Malnutricao/health.htm>. Acessado em 23 de julho de 2004.

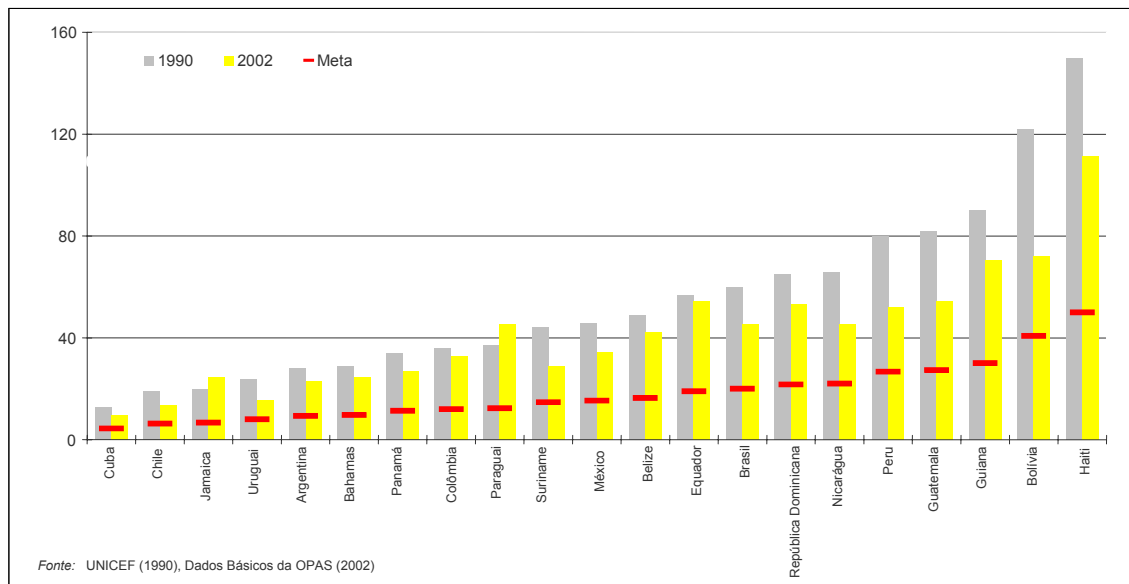
⁴ Summit of the Americas Information Network. Plan of Action. [Página na Internet]. Disponível no endereço: <http://www.summitoftheamericas.org/Documents%20for%20Quebec%20City%20Summit/planofaction-template-eng.htm#Health>. Acessado em 23 de julho de 2004.

⁵ Summit of the Americas Information Network. Special Summit of the Americas, Monterrey, México. Declaration of Nuevo León. Disponível no endereço: <http://www.summit-americas.org/SpecialSummit/Declarations/Declaration%20of%20Nuevo%20Leon%20-%20final.pdf>. Acessado em 23 de julho de 2004.

população, bem como entre os indicadores visados. A definição de limiares quantificáveis críticos confere novo sentido de urgência e uma perspectiva que ultrapassa a ótica setorial pela qual geralmente se abordam questões como educação, saúde e ambiente.

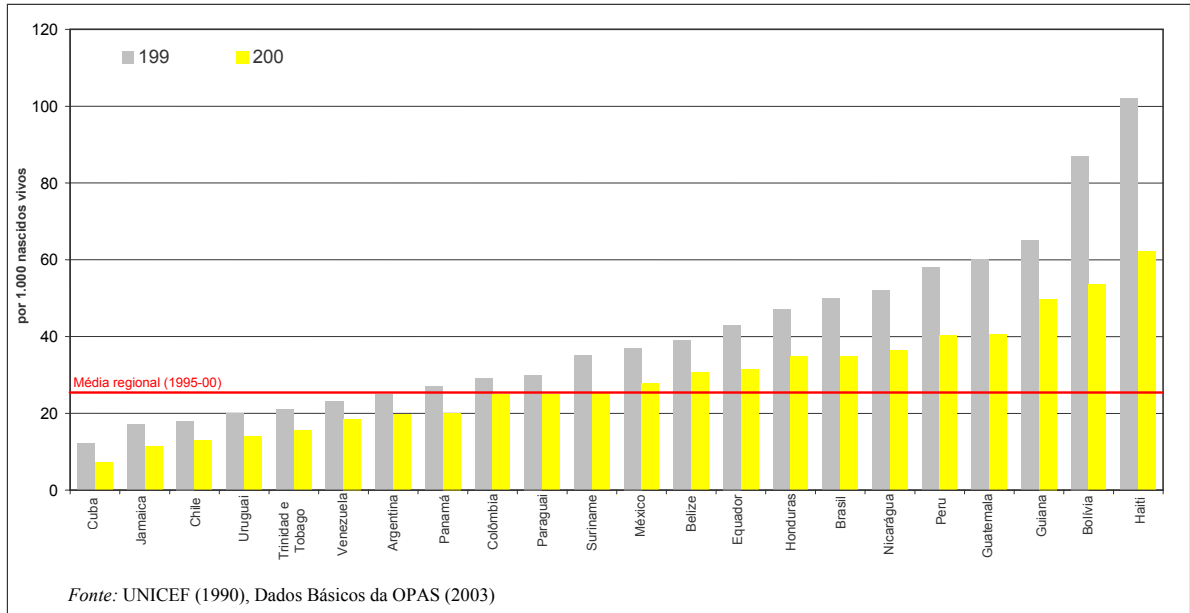
9. *Objetivo 4: Mortalidade na infância.* A análise mostra que, se persistirem as tendências atuais, a redução na mortalidade de lactentes e menores de 5 anos na Região alcançaria 54%, bastante abaixo dos dois terços estabelecidos nos objetivos.⁶ Segundo ilustram os Gráficos 1 e 2, variam a situação de ambos os indicadores nas Américas, bem como o progresso rumo às metas entre 1990 e 2002. Em 2003, a mortalidade infantil variou entre 5,3 por 1.000 nascidos vivos no Canadá e 80,3 por 1.000 no Haiti. A cobertura da vacina anti-sarampo, apresentada no Gráfico 3 para 2001, também apresenta contrastes, com uma média regional de 91%.

Gráfico 1. Mortalidade de Menores de 5 Anos em Países Seleccionados da Região das Américas em 1990 e 2002, e objetivos das MDMs para 2015



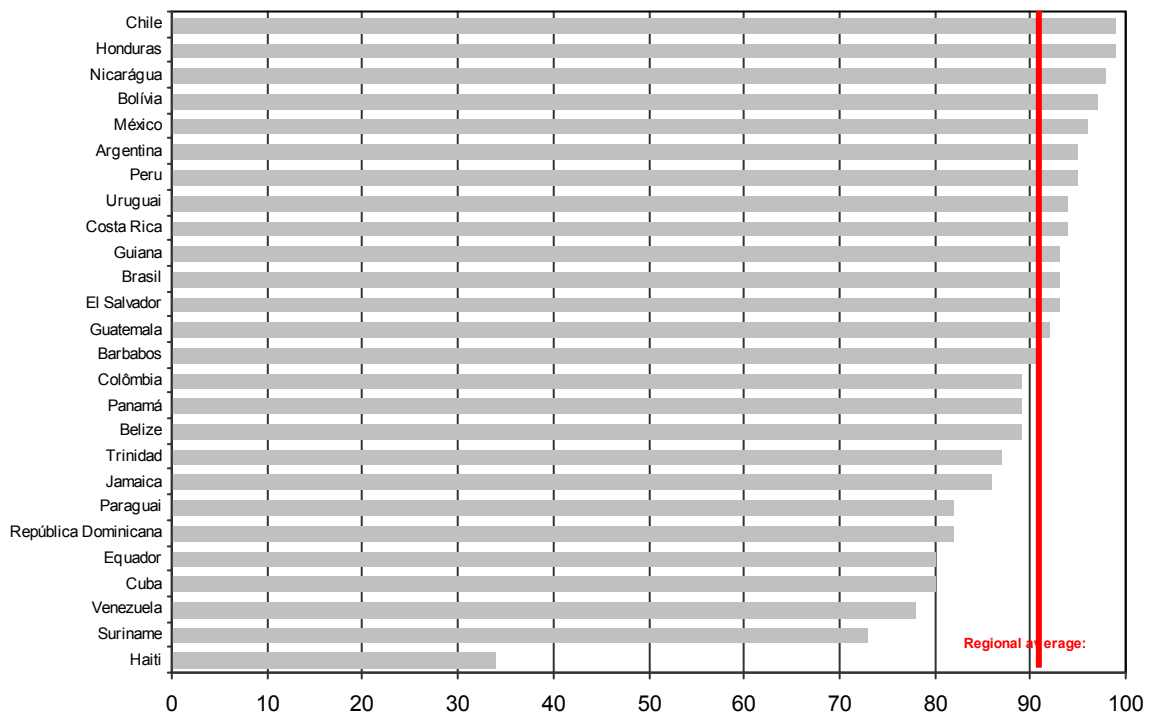
⁶ Torres C, Mujica OJ. Health, Equity, and the Millennium Development Goals. *Pan American Journal of Public Health* 2004;15(6):430-439.

Gráfico 2. Taxa de Mortalidade Infantil em Países Seleccionados das Américas em 1990 e 2003



Fonte: UNICEF (1990), Dados Básicos da OPAS (2003)

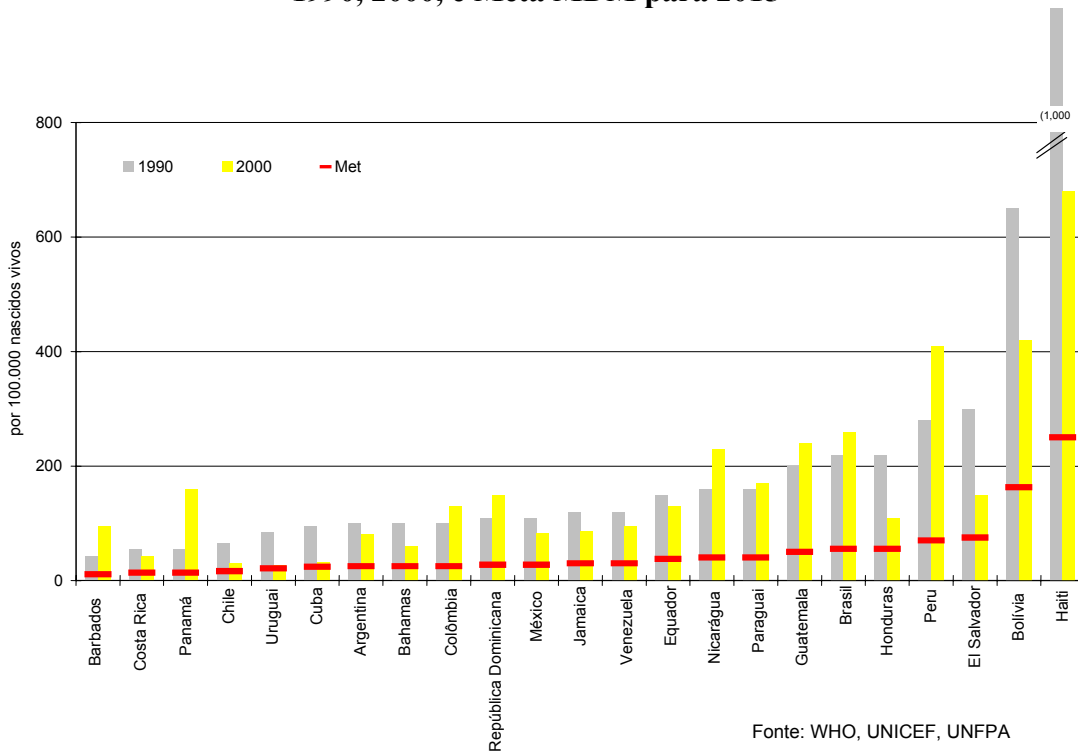
Gráfico 3. Cobertura da Vacina Anti-Sarampo em Países Seleccionados das Américas, 2001



Fonte: Dados Básicos da OPAS, 2003

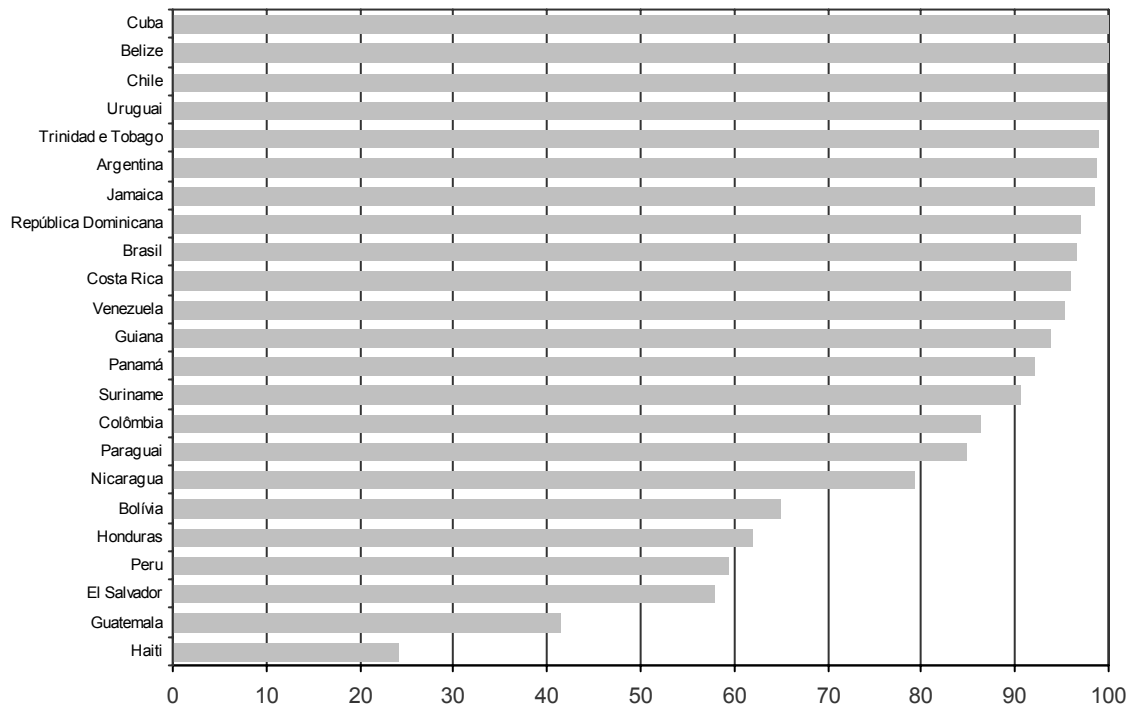
10. *Objetivo 5. Mortalidade materna.* Os cálculos apresentados no Gráfico 4 indicam que a situação da mortalidade materna também é sumamente variada, bem como o acesso a pessoal treinado no momento de dar à luz (Gráfico 5). Em 2000, a taxa de mortalidade materna foi calculada em 16 por 100.000 nascidos vivos em Cuba e 680 por 100.000 nascidos vivos no Haiti. Na última década, alguns países sofreram um aumento na mortalidade materna e outros experimentaram significativa redução. Além disso, cálculos do BID mostram que a redução anual necessária entre 2000 e 2015 para alcançar a meta varia enormemente, sendo 1,6% no Uruguai e 15,1% no Panamá.⁷

Gráfico 4. Mortalidade materna em países selecionados das Américas, 1990, 2000, e Meta MDM para 2015



⁷ Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Los Objetivos del Milenio en América Latina y el Caribe: Retos, acciones y compromisos*. Washington, DC: BID; 2004.

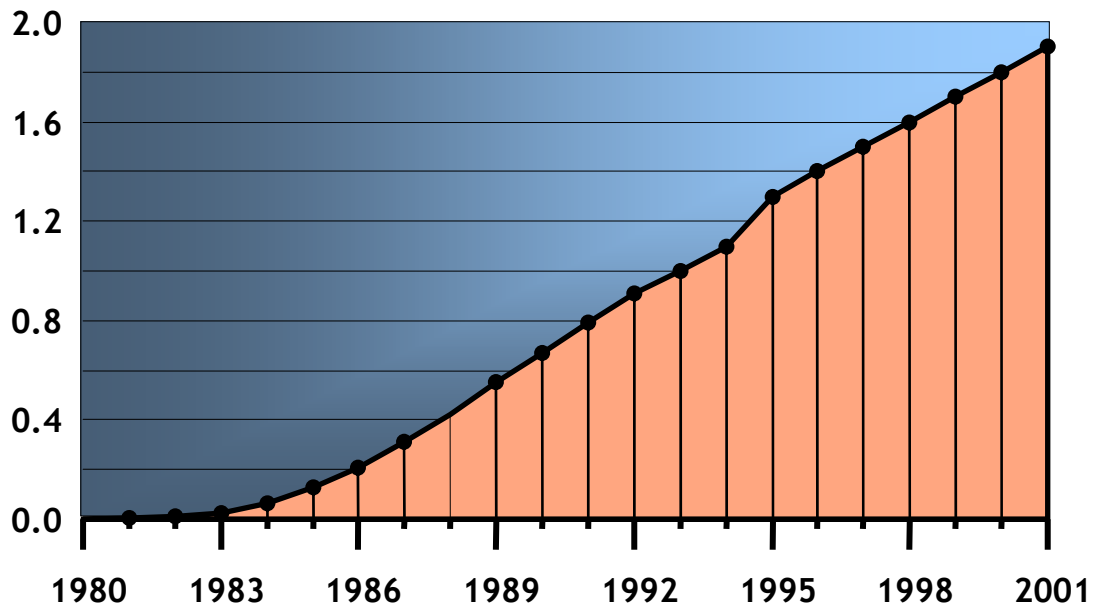
Gráfico 5. Porcentagem de Nascimentos com Assistência de Pessoal Treinado em Países Seleccionados das Américas, cerca de 2000



Fonte: Dados Básicos da OPAS, 2003

11. *Objetivo 7 HIV/AIDS.* A epidemia de infecção pelo HIV/AIDS está bem estabelecida nas Américas, com uma prevalência de infecção, nacionalmente, de ao menos 1% em 12 países, todos no Caribe, e uma prevalência de infecção entre mulheres grávidas que excede 2% em seis deles. Na maioria dos outros países da Região, as epidemias estão mais concentradas em certas áreas ou grupos de população. A desaceleração necessária para deter e reverter a epidemia até 2015 e alcançar a meta não está sendo observada na Região (Gráfico 6).

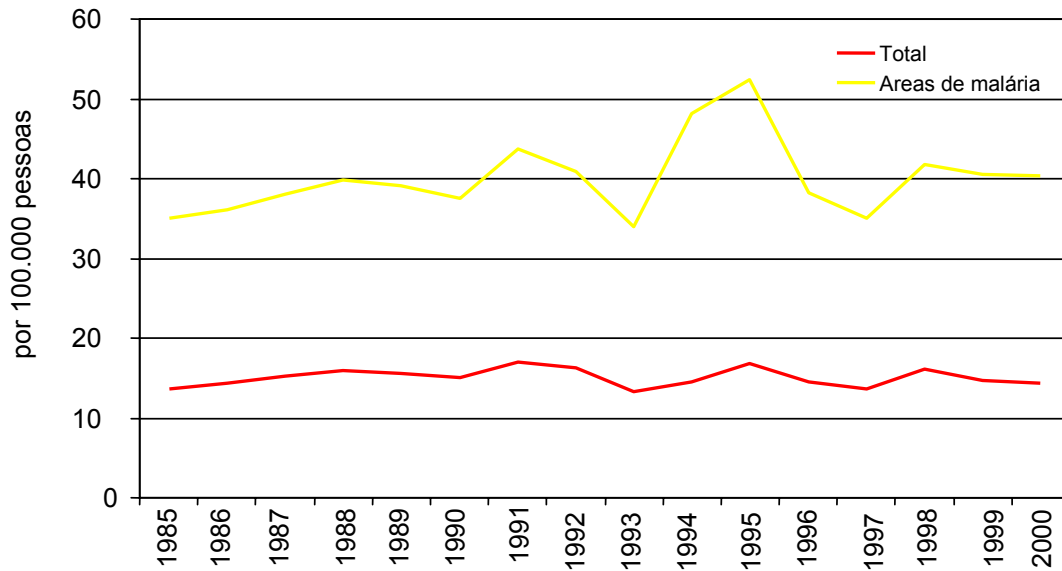
**Gráfico 6. Número de Pessoas com Infecção pelo HIV/AIDS
na América Latina e Caribe, 1980-2001
(milhões)**



Fonte: UNAIDS

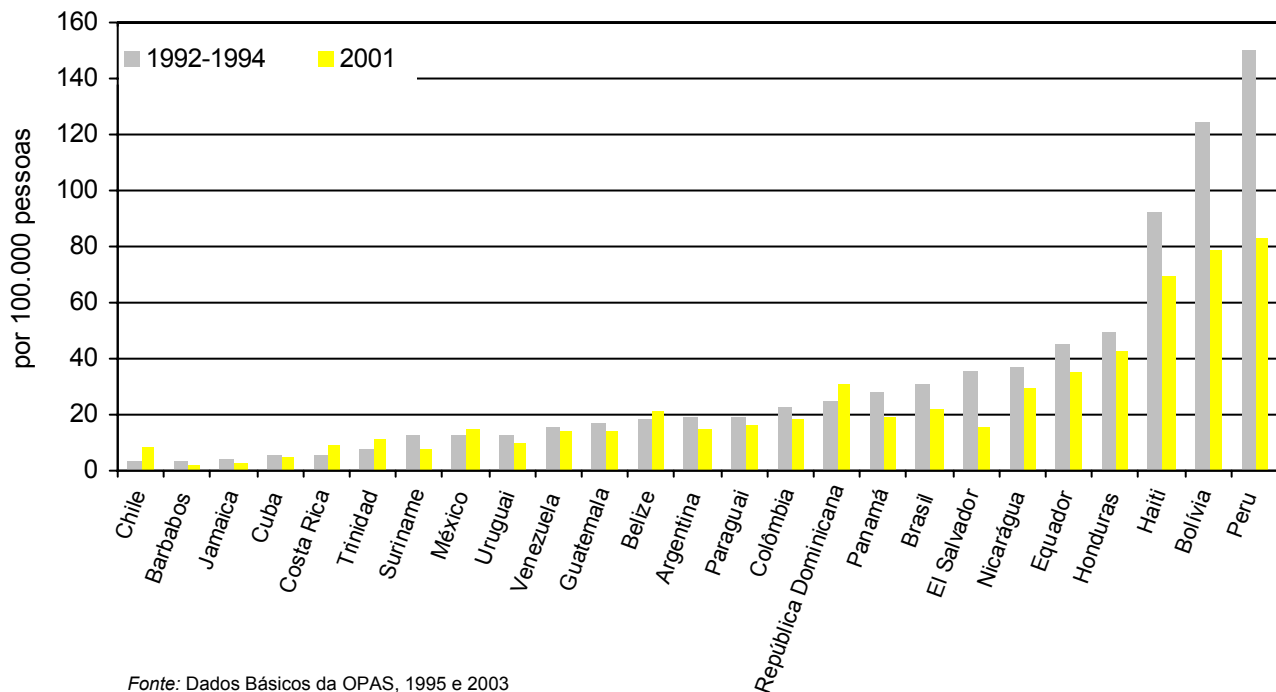
12. *Objetivo 8: Malária e tuberculose.* A incidência da malária varia enormemente entre os países da Região, mas calcula-se que 31% da população das Américas vivia em zonas com algum risco potencial de transmissão dessa doença em 2002. Mais de 80% dos casos atualmente notificados têm origem nos nove países que partilham a selva tropical amazônica na América do Sul. Dadas as amplas variações da incidência na última década, é difícil dizer se a reversão da epidemia está em marcha (Gráfico 7). Em 2002, havia 223.057 casos de tuberculose nas Américas, 50% deles no Brasil e no Peru. As taxas de incidência para países selecionados na Região aparecem no Gráfico 8. O número total de casos na Região vem diminuindo ligeiramente desde 1999. Dentro da estratégia da OMS para controle da tuberculose, os esforços levados a cabo nos países das Américas têm-se concentrado na implementação e ampliação da estratégia de terapia de curta duração diretamente observada (DOTS), que contribuirá para alcançar a MDM em matéria de tuberculose. Há portanto uma função e alcance significativos para a ação conjunta dos Estados membros e da OPAS — com apoio de outros parceiros em nível nacional.

Gráfico 7. Taxa de Incidência Anual de Malária na Região das Américas, 1985-2000



Fonte: OPAS. Health in the Americas, 2002

Gráfico 8. Incidência de Tuberculose BK+ em Países Seleccionados das Américas, 1992-1994 e 2001

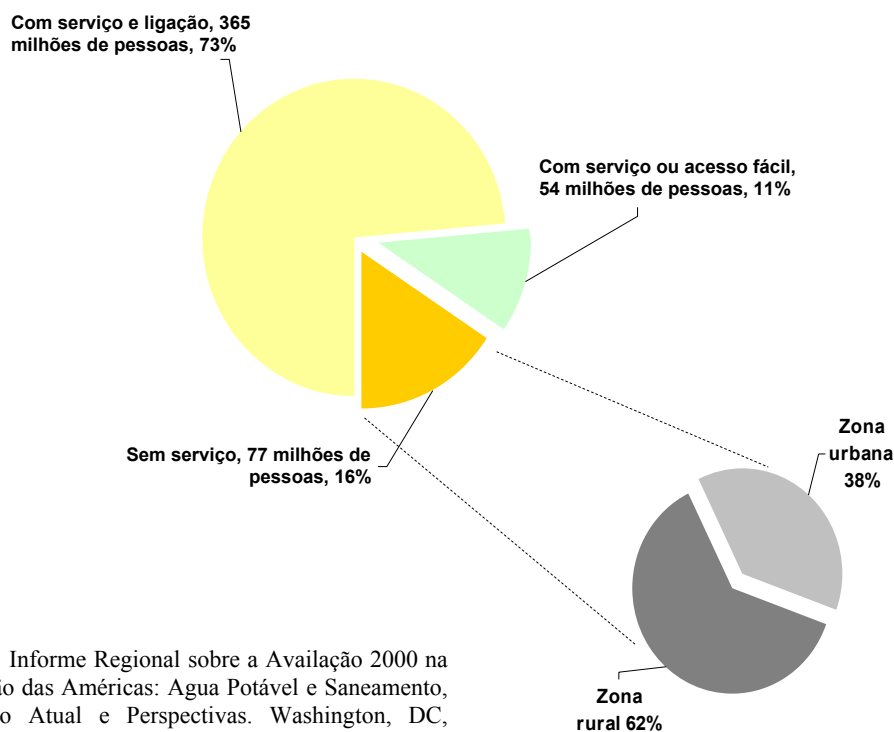


Fonte: Dados Básicos da OPAS, 1995 e 2003

13. *Objetivo 7: Água e saneamento.* A avaliação regional de 2000 levada a cabo pela OPAS nas Américas mostrou que a cobertura de abastecimento d'água e saneamento na América Latina e Caribe era de 84,59% e 79,21%, respectivamente, em torno de 2000. Esta situação é inquietante quando considerada em números absolutos, porque na Região 77 milhões de pessoas não têm acesso algum ao abastecimento d'água (Gráfico 9) e 103 milhões não dispõem de saneamento para a eliminação de águas servidas e dejetos. A situação poderia ser crítica em termos de vulnerabilidade, pois cerca de 54 milhões de pessoas consideradas cobertas recebem água por meio de sistemas de “acesso fácil” e 152 milhões são servidas por instalações sanitárias locais, como latrinas comunitárias e fossas sépticas, entre outras. Estas opções tecnológicas não garantem prestação de serviços de qualidade, inclusive acesso a água potável. Em 1995, só 23 países informaram que o abastecimento d'água nas zonas urbanas cumpria as diretrizes de segurança da OMS. Isto não se aplica às zonas rurais. De fato, há graves desigualdades no acesso à água na Região, geralmente vinculadas à renda e ao local de residência.⁸

⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Divisão de Saúde e Ambiente. Informe Regional sobre la Evaluación 2000 en la Región de las Américas. Agua y Saneamiento, estado actual. Washington, DC; 2001.

**Gráfico 9. Cobertura da Água Potável,
na América Latina e Caribe, 1998**



Fonte: OPAS: Informe Regional sobre a Aviação 2000 na Região das Américas: Água Potável e Saneamento, Estado Atual e Perspectivas. Washington, DC, 2001

14. *Objetivo 8: Medicamentos essenciais.* Nas Américas, apenas cinco países (Brasil, Chile, Honduras, Nicarágua, e Panamá) têm políticas que tratam especificamente dos medicamentos. Vinte e um países têm listas de medicamentos básicos e incorporaram o conceito de medicamentos essenciais. Contudo, o acesso aos medicamentos continua limitado, como, por exemplo, é o caso de 31% da população no Brasil.⁹

15. Embora seja importante que o setor de saúde e um organismo técnico como a OPAS tenham uma ênfase clara na consecução das MDMs da saúde como esboçado acima, é claro que isto não é possível sem que também se considerem fatores macroeconômicos chaves e outros determinantes. Dada a fortíssima e dinâmica relação entre a pobreza e a saúde, um grande desafio à consecução das MDMs reside no progresso em relação da Meta 1 — reduzir pela metade, até 2015, a proporção da população que sofre de pobreza e fome — já que a consecução de todas as outras metas

⁹ Pan American Health Organization. *Health in the Americas, 2002 Edition*. Washington, DC: OPAS; 2002. (Scientific and Technical Publication No. 587).

depende da redução da pobreza e do crescimento econômico. Para as Américas, uma ênfase na redução das desigualdades, em particular desigualdades em matéria de saúde, é de importância especial e será um foco da abordagem da OPAS para apoiar os Estados membros na consecução das MDMs.

16. A Região das Américas já é uma das mais desiguais do mundo. O coeficiente de Gini para a desigualdade de renda em 1999 foi 0,5 no Peru, 0,6 na Bolívia, 0,59 na Nicarágua e 0,64 no Brasil.¹⁰ O coeficiente regional de Gini para mortalidade infantil em 1997 foi 0,33;¹¹ um relatório recente da CEPAL/PNUD revela que o número de pessoas pobres na Região está aumentando.¹² Modelos de simulação aplicados em 18 países da América Latina e Caribe indicam que, se persistirem as tendências atuais, somente 7 dos 18 países alcançariam os objetivos de redução da pobreza em 2015. Esses países são: Argentina (antes das crises), Chile, Colômbia, República Dominicana, Honduras, Panamá e Uruguai. Um segundo grupo de seis países continuaria reduzindo a incidência da pobreza, mas a uma taxa muito lenta. São eles: Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México e Nicarágua. Os outros cinco — Bolívia, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela — sofreriam uma elevação dos níveis da pobreza extrema e jamais alcançariam as metas, a menos que mudasse muito a trajetória de sua taxa de pobreza.¹³

17. A má saúde é uma dimensão da pobreza e, além deste aspecto, fechar os fossos que existem nos países e entre eles e dividir pobres de ricos é também uma questão de justiça social e equidade. Por outro lado, o fato de que a má saúde e os fatores a esta correlacionados geram pobreza é outra dimensão do debate sobre a equidade e a saúde que está vinculado à pobreza.¹⁴ Neste sentido, a abordagem da carga de morbidez das populações pobres e vulneráveis nas Américas, inclusive as enfermidades relacionadas ou não com as MDMs, será uma contribuição significativa para reduzir a pobreza.

18. Finalmente, o rumo a seguir é indicado pelo enfoque pan-americano das MDMs, que aborda o sentimento expresso na Declaração do Milênio no tocante a uma responsabilidade pelo desenvolvimento social partilhada entre os países. O relatório sobre o desenvolvimento humano do PNUD 2003 refere-se a essa responsabilidade partilhada entre os grandes interessados diretos no Pacto de Desenvolvimento do Milênio. Os governos, a sociedade civil, o setor privado e as organizações internacionais

¹⁰ Comissão Econômica para a América Latina e Caribe, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America and the Caribbean*. 2002. (Libros del CEPAL No. 70).

¹¹ Organização Pan-Americana da Saúde. *Health in the Americas, 2002 Edition*. Washington, DC: OPAS; 2002. (Scientific and Technical Publication No. 587).

¹² *Ibidem*, nota de rodapé 10

¹³ *Ibidem*, nota de rodapé 10

¹⁴ Commission on Macroeconomics and Health. Working paper WG1.5: Poverty and Health. Março de 2001.

precisam desenvolver novos tipos de parceria para assegurar o progresso. Os países das Américas têm a oportunidade de encabeçar esta evolução.

Contexto de Política das MDMs e Implicações para o Enfoque da OPAS

19. Somente redobrando os esforços coletivos em nível nacional e internacional os países serão capazes de cumprir os compromissos e metas de desenvolvimento do milênio. Isto é necessário em parte pela falta de boa governança em nível nacional ou pela insuficiente ajuda ao desenvolvimento. O mundo ainda está lutando com as repercussões diferenciais da reestruturação econômica ocorrida no contexto da rápida globalização. Por exemplo, mais de 50 países em todo o mundo empobreceram na última década, e vários países da Região das Américas estão experimentando significativo declínio econômica ou crescimento reduzido. O desenvolvimento altamente irregular e a desigualdade crescente são temas típicos da última década. Foi este o caso da Região das Américas no período 1999-2002, quando a taxa média de pobreza diminuiu mas as projeções da pobreza apresentaram grande heterogeneidade. Se alguns países presenciaram aumento da renda per capita, a maioria sofreu reduções significativas neste indicador durante este período.¹⁵

20. A consecução das MDMs relacionadas com os objetivos e metas de saúde exigirá dos países que examinem a repercussão de muitas de suas estruturas macroeconômicas no desenvolvimento da saúde nacional, por exemplo, como conciliar fluxos externos e internos, como reorientar o foco dos planos de investimento nacionais e como conciliar as dimensões sociais do desenvolvimento com os vários planos para desenvolver o comércio e o livre fluxo de pessoas, produtos e serviços. Finalmente, para abordar a desigualdade e a redistribuição, muitos países precisarão reconsiderar seus enfoques para a tributação.

21. Outra preocupação de muitos países das Américas reside naquelas áreas chaves da Declaração do Milênio sobre responsabilidades comuns abordadas no Objetivo 8, em particular o acesso a mercados globais e a novas tecnologias. A Declaração faz uma referência especial às necessidades particulares de países sem acesso ao mar e aos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. Com sua ênfase na equidade, as MDMs são importantes para todos os países das Américas, não apenas para os mais pobres. Como a Região das Américas é caracterizada por algumas das desigualdades sociais mais profundas do mundo, é essencial que seus países de renda média abordem dentro de um quadro de direitos humanos e com uma perspectiva de gênero as desigualdades e brechas no desenvolvimento, que frequentemente encontram sua expressão mais acabada nas desigualdades em relação à saúde. Por exemplo, a taxa de mortalidade infantil no Brasil mostra uma brecha significativa quando discriminada por raça: na Bahia, estado em que

¹⁵ Ibidem, nota de rodapé 7

predomina a população afrodescendente, a taxa é 51 por 1.000 nascidos vivos, o dobro dos estados com maioria de população caucásica, como São Paulo ou Rio Grande do Sul (24,63).

22. Na última década, os países da Região estiveram expostos a crescentes riscos sociais e econômicos no contexto da reestruturação global e da instabilidade política, além de conflitos civis em vários deles. Portanto, o papel da OPAS implicará não só o apoio à execução de intervenções relacionadas com a saúde e o monitoramento de progressos conseguidos nos respectivos objetivos e metas de saúde mas também uma análise sistemática das repercussões sobre a saúde de determinantes contextuais e de política mais amplos — acordos comerciais, políticas econômicas, políticas de imigração, etc. — e suas repercussões na saúde. O trabalho da OPAS no papel central de estabelecer sistemas ampliados de proteção social na Região ganha assim nova importância. De modo semelhante, ganha maior relevância a cooperação entre a OPAS, o Banco Mundial e o BID por meio da Agenda Compartilhada e o desenvolvimento de alianças e associações estratégicas.

23. O Pacto de Desenvolvimento do Milênio como proposto pelo PNUD aplica novo princípio: em vez de permitir que o ritmo do desenvolvimento seja fixado pelo atual nível de recursos, os governos dos países ricos e pobres, bem como as instituições internacionais, devem começar perguntando quais os recursos necessários para alcançar as MDMs. A maioria dos cálculos indicam uma cifra de ao menos US\$50 bilhões anualmente no nível global em ajuda suplementar, ou uma duplicação dos montantes da ajuda atual. Cada vez mais essas análises estão sendo efetuadas em nível nacional a fim de avaliar a capacidade de absorção do país e o potencial para intensificar as intervenções. Estão em marcha no mundo várias atividades pilotos de custeio do esforço das MDMs, conduzidas pelo Projeto Milênio das Nações Unidas; e um deles está sendo planejado num país da Região das Américas, a República Dominicana.

24. Em vista do programa de saúde inconcluso em muitos dos países, existe preocupação considerável em relação a um afastamento da assistência oficial para o desenvolvimento (AOD) da Região das Américas. Uma análise recente do Comitê de Desenvolvimento do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial¹⁶ demonstra claramente que até incrementos moderados de AOD poderiam ajudar de modo significativo os países de renda mais baixa a progredir com mais rapidez rumo às MDMs. É preciso olhar mais detidamente o insuficiente investimento em saúde de alguns países como porcentagem do PIB e a contribuição da AOD para soluções de desenvolvimento sustentável. O trabalho da OPAS ajudando os países a melhorar e expandir seus sistemas de saúde contribuirá para a racionalização de práticas de alocação de recursos para a saúde originários tanto do investimento interno como da AOD.

¹⁶Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial. Achieving the MDMs and Related Outcomes: A Framework for Monitoring Policies and Actions, 26 de março de 2003. (No. DC2003-0003).

25. Para países de renda média alta, essa análise argumenta que, embora o grosso dos recursos para alcançar as MDMs devam provir de fontes internas, a AOD deve complementar e apoiar políticas nacionais claramente expressas que ataquem a exclusão social e enfatizem regiões, questões ou grupos de população específicos. Este fato põe em destaque, especialmente para os países grandes, a necessidade de que a AOD apóie uma ação em nível nacional.

26. A ajuda adicional tem efeito mais benéfico se flui para áreas prioritárias claramente fixadas em nível nacional — destacando a necessidade de sólidas políticas internas de saúde e melhores mecanismos de governança, inclusive objetivos e metas nacionais de saúde. Isto significa que a ajuda ao desenvolvimento deverá deslocar-se cada vez mais do financiamento de projetos para uma ênfase em gastos de apoio a programas que ajudem a estabelecer políticas sólidas e boa governança, bem como ao fortalecimento da capacidade, e que revigorem esforços nacionais para atacar a pobreza e a desigualdades dentro de um quadro de políticas mais amplo. Portanto, o processo de implementar as MDMs também apóia os países na abordagem de um conjunto de grandes brechas que fazem parte do desenvolvimento de políticas de saúde:

- a brecha operacional no aperfeiçoamento dos sistemas de saúde e infra-estrutura de saúde pública;
- a brecha estrutural no provimento da proteção social em matéria de saúde;
- a brecha de governança no envolvimento de amplos segmentos do governo e da sociedade num esforço verdadeiramente intersetorial e participativo;
- a brecha de equidade no tratamento das necessidades de saúde dos mais pobres.

Como a OPAS está avançando?

27. Atualmente a OPAS está ocupada num significativo esforço para integrar as MDMs em seu programa de trabalho em nível nacional e regional a fim de reforçar o apoio aos países na consecução das MDMs. Evidentemente, a orientação das MDMs no tocante à equidade em política e estratégia tem implicações para o trabalho da OPAS em nível nacional.

28. Identificaram-se oito objetivos estratégicas globais:

- Promoção da causa: Aumentar a consciência em relação às prioridades de saúde estabelecidas pelas MDMs mediante uma ampla série de diálogos de política, parcerias e ação intersetorial em toda a Região das Américas.

- Política: Intensificar a ação para o desenvolvimento sanitário nacional, abordando questões de subfinanciamento do sistema de saúde nos países prioritários e assegurando proteção social em saúde para apoiar o progresso das MDMs e integrar o trabalho relativo às MDMs com iniciativas de política sanitária sobre objetivos e metas de saúde e políticas de saúde voltados para resultados nas Américas.
- Cooperação técnica: Apoiar os países na implementação de suas estratégias nacionais conforme aplicadas às MDMs centradas em saúde.
- Integração: Integrar o trabalho das MDMs com outros esforços estratégicos de desenvolvimento sanitário na Região das Américas, como a formulação de metas de saúde nacionais e iniciativas de saúde regionais. Exemplos disto são as estratégias regionais para redução da mortalidade e morbidez materna, ou a Agenda Compartilhada em saúde do BID, Banco Mundial e OPAS, entre outros.
- Parcerias: Em nível nacional, realizar e aumentar a cooperação com vários interessados diretos além do setor da saúde, em particular legisladores, ministros das finanças e do planejamento, e coordenadores de desenvolvimento, política social e outros identificados como instituições e atores chaves na execução e realização das MDMs em nível nacional. No nível internacional, melhorar a cooperação interinstitucional no trabalho relacionado com MDMs para apoiar os Estados membros.
- Empoderamento: Elevar os conhecimentos sanitários e o poder de decisão das comunidades mediante um vigoroso envolvimento da sociedade civil em todos os níveis para alcançar as MDMs — com vistas especialmente à inclusão de grupos étnicos, populações indígenas e mulheres.
- Monitoramento: Melhorar a medição e monitoramento dos progressos mediante dados de saúde desagregados de alta qualidade a nível regional, sub-regional e nacional.
- Pesquisa: Iniciar pesquisa para fortalecer a base de evidências e gerar novos conhecimentos, estudar as sinergias entre as metas para a saúde e desenvolvimento, e elaborar estudos de política que rastreiem o processo político a fim de assegurar compromisso com as MDMs de saúde, bem como a repercussão sobre a saúde das metas esboçadas no Objetivo 8.

29. Todos os níveis da OPAS — escritórios nacionais, centros e Sede — estão colaborando de novas maneiras e em estreita cooperação com os governos dos países para corresponder à urgência ditada pelo processo das MDMs. Um fator chave é contribuir para a resposta nacional e para as parcerias e alianças estratégicas necessárias

nos países, que os escritórios nacionais apoiarão em nível nacional. Em nível nacional, a OPAS tem uma dupla função: articular o processo das MDMs em saúde com os esforços de todo o sistema das Nações Unidas e apoiar os Estados membros ao impulsionarem políticas nacionais de saúde para alcançar as MDMs.

30. O processo e o produto do monitoramento das MDMs devem ser controlados e conduzido pelo país. Inclui a definição de quanto as MDMs aplicam à situação do país e como é preciso abordar suas necessidades de consecução mediante estratégias, políticas e programas de desenvolvimento nacionais. Em muitos países, o seguimento das MDMs de saúde requer o desenvolvimento de sistemas estatísticos sustentáveis e aptidões para analisar e usar dados para a formulação e programação de políticas. Isto está sendo abordado pela OPAS em muitos países por meio da iniciativa Dados Básicos de Saúde e outras atividades de cooperação técnica para apoiar o desenvolvimento de sistemas de informações sanitárias nacionais. O planejamento e os quadros de política nacionais definidos pelas Nações Unidas e as instituições de Bretton Woods — como as Avaliações Comuns de Países (CCA) e o Quadro de Assistência para o Desenvolvimento das Nações Unidas, ambos incluindo todo o sistema das Nações Unidas, e os Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza (PRSPs) do Banco Mundial — embora tenham diferentes fins, sincronização e teor, também podem contribuir para a execução e monitoramento dos objetivos da Declaração do Milênio.

31. Dentro de seu programa aprovado de trabalho, a OPAS compreende as MDMs como um ponto de acesso adicional para fortalecer o investimento em saúde e destacar a saúde no programa político dos países, de órgãos sub-regionais, como o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA), a Comunidade Andina de Nações (CAN), a Comunidade do Caribe (CARICOM), o Sistema de Integração Centro-Americano (SICA), o Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), e de organizações regionais. Por exemplo, as MDMs foram temas de discussão na última Reunião Extraordinária do Setor de Saúde da América Central e da República Dominicana (RESSCAD), realizada na República Dominicana em julho de 2004. Requer-se na Região um esforço maior para trabalhar com as numerosas organizações e interessados diretos para criar o compromisso político e financeiro necessário em nível nacional.

32. A cooperação com as iniciativas de MDMs da OMS está sendo fortalecida. Durante a última reunião do Fórum de Alto Nível sobre as MDMs de Saúde em janeiro de 2004, patrocinado pela OMS, em Genebra, várias organizações trataram de questões chaves, como recursos e ajuda para as MDMs, recursos humanos para saúde, e monitoramento. Esses esforços também estarão estreitamente vinculados ao processo para desenvolver o 11º Programa Geral de Trabalho da OMS, que — devido precisamente ao compromisso da OMS com as MDMs — terá um prazo de entrega mais longo, ou seja, 2015 em princípio. Em novembro de 2005, será realizada na Costa Rica uma reunião inter-regional da OMS sobre as MDMs, com a participação de todas as

Regiões da OMS, para desenvolver uma estratégia de MDMs e uma visão comum e aprender com a experiência das Américas.

MDMs como parte integrante da renovação e das prioridades estratégicas da OPAS

33. O enfoque da OPAS volta-se para os oito objetivos e as 18 metas de uma perspectiva de saúde e os classifica do modo que se segue. As Metas 1 a 4 visam os determinantes sociais clássicos da saúde, como a pobreza, a fome e a subnutrição, a discriminação por razão de gênero e a educação. As Metas 9 a 11 voltam-se para determinantes ambientais da saúde, como água potável e saneamento, contaminação, e pobreza urbana. As Metas 12 a 18 abordam os novos determinantes globais de saúde que vão do comércio ao alívio do ônus da dívida. Embora este grupo de metas não seja tão logicamente coerente como os outros, realmente faz ressaltar importantes áreas problemáticas do desenvolvimento global. Há, é claro, uma variedade de modos de definir as metas de saúde, que na maioria dos casos incluem as Metas 5 a 8, mas também se pode considerar que incluem as metas referentes à fome e à nutrição, medicamentos essenciais e água potável.

34. Seja qual for o enfoque detalhado, tal perspectiva nos permite ver a sinergia entre as metas não sanitárias e as especificamente sanitárias e ver as metas de saúde das MDMs como uma contribuição para reduzir a pobreza e elevar a qualidade de vida.

35. Em toda a Região há exemplos de êxito ao abordar os desafios de saúde estabelecidos pelas MDMs, como a semana anual de vacinação em todos os países das Américas, mas a expansão necessária só pode ser conseguida com recursos adicionais, tanto internos como externo. Um documento de trabalho recente da OMS argumenta que mesmo com maiores taxas do crescimento econômico e progresso mais rápido rumo às MDMs não sanitárias com repercussões nos resultados da saúde, como educação básica, igualdade de gênero e água e saneamento, para muitos países somente será possível alcançar a saúde e MDMs nutricionais se forem tomadas medidas extraordinárias para melhorar a cobertura e qualidade dos serviços de saúde e nutricionais.

Centrar-se na equidade: países e populações prioritários

36. A OPAS definiu um grupo de Países Prioritários para concentrar esforços de cooperação técnica nos próximos anos. São eles: Bolívia, Honduras, Nicarágua e Guiana — todos países objeto de PRSP do Banco Mundial — e Haiti. Dentre esses países, uma análise recente da CEPAL demonstra que a Bolívia provavelmente verá aumentos de desigualdade e a Nicarágua avançará na redução da pobreza mais lentamente que o desejado. Uma combinação de análises da OPAS, de PRSPs e da análise socioeconômica da CEPAL conduz ao seguinte conjunto de países que necessitariam de apoio urgente ao

processo das MDMs: Bolívia, Equador, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Nicarágua, Paraguai, Peru e Venezuela.

37. Mas o foco em um país não basta, pois muitas desigualdades de saúde enfrentadas na Região das Américas baseiam-se na geografia, origem étnica, gênero e status socioeconômico. É crucial abordar os focos-chaves da pobreza na região com a desigualdade mais alta no mundo, e em muitos casos trata-se de zonas fronteiriças ou locais geograficamente remotos. A desigualdade de desenvolvimento nas Américas requererá o processo das MDMs para desenvolver estratégias direcionadas para grupos específicos, que abordem tanto o que se chamou “nova pobreza,” por exemplo, lares encabeçados por mulheres, quanto grupos historicamente excluídos.

38. Essas enormes disparidades não serão resolvidas só pelo crescimento econômico global, mas requererão intervenções sistemáticas para criar mais equidade, por exemplo, no acesso à saúde para grupos e áreas de alto risco. As conclusões indicam sistematicamente que até pequenas reduções de desigualdade podem ter repercussões muito fortes na redução da pobreza. Este critério faz necessário vincular a estratégia de MDMs da OPAS a, por exemplo, os pobres rurais em regiões descuradas, grupos marginais urbanos (como jovens sem trabalho) ou lares encabeçados por mulheres. Exemplos disto são a costa do Pacífico da Colômbia, a costa Atlântica de Honduras e o Nordeste brasileiro. O fato de essas zonas oprimidas serem com frequência também zonas fronteiriças significa que qualquer estratégia terá de basear-se em coordenação bilateral e mesmo em estratégias sub-regionais, incluindo um grupo de países.

Assegurar um enfoque integrador para as MDMs

39. Alcançar as MDMs implica reorientar significativamente prioridades de políticas e fluxos de recursos nos países. Este fato põe em relevo a necessidade de vincular claramente o trabalho com as MDMs ao trabalho da OPAS em sistemas de saúde, funções essenciais de saúde pública, serviços de saúde, desenvolvimento de recursos humanos e programas para doenças e populações específicas. A OPAS concentrar-se-á em especial em apoiar países no desenvolvimento de um enfoque integrado para as MDMs, não só atuando com base em seu trabalho nas respectivas áreas programáticas, como saúde materno-infantil ou doenças infecciosas, mas integrando esse trabalho com seus esforços no desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde e proteção social. O foco será a sinergia necessária entre as diferentes dimensões da saúde abordadas nos objetivos e os diferentes níveis de responsabilidade setorial. Uma série de grupos de trabalho já foram criados para permitir esses pontos de contato, incluindo os enlaces com as estratégias 3 x 5 e APS.

40. O grupo de trabalho de atenção primária à saúde da OPAS definiu as MDMs como um ponto principal a incluir em suas discussões e as vê como uma grande oportunidade política para as renovações do enfoque da Saúde para Todos e da APS na Região. Ao mesmo tempo, a APS é considerada uma estratégia fundamental para alcançar as MDMs. Proporciona uma boa plataforma para o aperfeiçoamento de sistemas de saúde, centrada em questões de equidade, que integra enfoques verticais na prestação por *point-of-service* (POS) e fortalece a colaboração intersetorial e a participação social em saúde.

41. O trabalho da OPAS em proteção social é também chave para as MDMs. De fato, apesar das reformas do setor da saúde na Região nos últimos 20 anos, uma porcentagem considerável da população das Américas ainda é excluída dos mecanismos de proteção social contra riscos de doenças e suas conseqüências, e a inclusão social não aparece como uma prioridade clara nas agendas políticas.¹⁷

42. O trabalho técnico da OPAS também examinará em maior profundidade questões de eficiência dentro do setor sanitário e social. Na década de 1990, a maioria dos países da América Latina aumentou a porcentagem do PIB dedicada a gastos sociais, mas esse aumento não levou aos resultados esperados. Isto significa que a OPAS precisará de ajudar os países não só a aumentar os gastos no setor da saúde e/ou em programas específicos, mas também a avaliar qual combinação de alocações proporciona tanto as intervenções mais rentáveis como a maior redução das desigualdades. De importância fundamental é a questão dos recursos humanos em saúde, que por muitos anos preocupou o escritório de OPAS e para a qual o Fórum de Alto Nível sobre as MDMs de Saúde agora estabeleceu um grupo de trabalho a fim de explorá-la em mais profundidade no nível global. Como centro de processamento de informações sobre saúde e por intermédio da iniciativa Dados Básicos de Saúde, a OPAS poderá proporcionar alguns dos dados necessários para monitorar e analisar atividades referentes às MDMs.

43. O processo das MDMs requererá uma análise de informações epidemiológica e socioeconômica confiáveis. Isto ainda é dificultado pelas variadas fontes de informação estatística, pela falta de harmonização e pela falta de desagregação dos dados. Por exemplo, o PNUD, no *Relatório do Desenvolvimento Humano 2003*, parte do dado de que a taxa de mortalidade infantil na América Latina e Caribe, inferior a 5%, foi reduzida de 56 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1990 para 35 por 1.000 em 2001 e supõe que a tendência atual permitirá que a Região ultrapasse a meta de 2015. A OPAS, usando dados da Divisão de População das Nações Unidas, chega a uma conclusão diferente, menos otimista; calcula que a redução do período 1990-2001 foi apenas de 54,5 para 41,4 mortes por 1.000 nascidos vivos — o que, é claro, tem significativas implicações para as políticas.

¹⁷ Levcovitz E, Acuña C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2003; 2(5).

44. Em suas discussões com parceiros e doadores, a OPAS também levará em conta os novos princípios que estão surgindo acerca da assistência ao desenvolvimento. Será preciso proporcionar uma porcentagem muito maior da assistência de forma que possa financiar os custos incrementais para alcançar as MDMs. A ajuda terá de ser oportuna e previsível para iniciar e manter as reformas. Os doadores precisam aceitar prioridades do país para os objetivos e metas nacionais; passar do financiamento de projetos ao financiamento e subvenções diretos, onde cabível; e dispor-se a enfrentar maiores custos concorrentes de programas de saúde por meio do orçamento ou apoio setorial, ou do financiamento de programas setoriais bem desenhados. Por sua vez, os países precisarão de expandir seus esforços para melhorar a governança responsável dos serviços de saúde e a eficiência dos sistemas e instituições de saúde. Haverá maior necessidade de fiscalizar e analisar a ação rumo à consecução das MDMs e de proporcionar exemplos de boas políticas, além de práticas de governança e lições aprendidas.

Promoção de um compromisso com políticas de saúde com objetivos e metas de saúde quantificáveis

45. As MDMs sublinham a necessidade de ter metas quantificáveis claras para desafios globais e enviar uma mensagem clara sobre a necessidade prioritária de investir em pessoas mediante a saúde e a educação. Um princípio de política chave das MDMs é que a assistência externa será melhor alinhada seguindo as próprias prioridades de desenvolvimento de um país e que os países melhoram a qualidade de suas políticas, instituições e governança ao progredir para executar a ação necessária a fim de alcançar as MDMs. Para a OPAS, isto significa que as MDMs constituem um ponto de acesso adicional em apoio da boa governança de saúde e de políticas de saúde voltadas para resultados adequadas ao contexto regional, sub-regional e nacional específico. Coincidem com o permanente compromisso da OPAS com uma orientação de política de saúde pública baseada na universalidade, solidariedade e equidade, além da responsabilização e transparência mediante indicadores e eficiência mediante sinergia, colaboração e parcerias.

46. Estabelecer objetivos e metas de saúde não é coisa nova para a Região das Américas. Alguns países da Região já empreenderam complexos processos para fixar objetivos e metas de saúde cujo alcance ultrapassa de muito as áreas cobertas pelas MDMs. Esse enfoque remonta aos anos 70, quando os Estados Unidos da América lançaram os Objetivos de Saúde para a Nação. Desde então têm-se colhido em todo o mundo experiências significativas no sentido de estabelecer objetivos e metas de saúde. Em particular, o Escritório Europeu da OMS encabeçou tal processo desde princípios dos anos 80 e está hoje num processo de revisar as Metas Européias de Saúde em vista da evolução recente da área. Cada vez mais essas novas políticas de saúde superam de longe os simples documentos do setor de saúde para ser desenvolvidos com a contribuição de outros setores, grupos profissionais, parlamentares e da sociedade civil. De fato, é cada

vez mais visível a necessidade de que tais documentos sejam adotado pelo parlamento e constituam estratégias do governo em seu conjunto, e não apenas de um setor. Nos últimos anos, o interesse em tais políticas de saúde voltadas para resultados também tem aumentado na Região das Américas — por exemplo, no Chile.

47. Dispor pela primeira vez de um conjunto de objetivos de saúde claramente identificáveis no nível global, que façam parte de uma estratégia geral de desenvolvimento e tenham sido endossados por chefes de Estado é de grande valor para o setor de saúde. Trata-se de um reconhecimento da compreensão da saúde como um fator chave para o desenvolvimento social e econômico e proporciona acesso aos ministérios das finanças, planejamento e desenvolvimento. Para os países mais pobres da Região, as MDMs de saúde — que contam com um compromisso geral por parte dos governos e serão parte integrante de qualquer estratégia nacional para lidar com as MDMs — também proporcionarão um inestimável ponto de acesso para incluir a saúde nas agendas de estratégias de desenvolvimento econômico e social e de negociações de ajuda internacional para o desenvolvimento.

48. Entender as MDMs como um componente essencial, e às vezes como uma força motriz, da governança responsável de saúde e integrar as Metas como um elemento central do desenvolvimento sanitário nacional e dos objetivos e metas intersetoriais nacionais de saúde são requisitos prévios necessário a uma tradução significativa das MDMs na formulação de uma políticas nacional. Isto é essencial, pois as MDMs não estão sendo introduzidas nas Américas em um vácuo, mas num ambiente rico em políticas. Nas últimas décadas, a Região experimentou uma seqüência de reformas de saúde que em alguns países debilitaram sistemas de saúde pública e reduziram o acesso a serviços de saúde. A dificuldade para alcançar algumas das MDMs de saúde reflete claramente este fato.

49. Os países da Região em melhor situação e que já alcançaram as MDMs no que se refere às médias nacionais podem desenvolver objetivos e metas de saúde mais amplos para integrar as MDMs estabelecendo metas com referência especial a grupos e regiões desfavorecidos — e proporcionar um incentivo para fixar metas mais ambiciosas para a saúde da população com ênfase na equidade. Um estudo do Banco Mundial¹⁸ indica que uma estratégia dirigida a grupos desfavorecidos permitiria alcançar as MDMs relacionados com a saúde gerando benefícios complementares em termos de equidade distributiva. Um estudo da CEPAL indica que as metas de redução da pobreza das MDMs só são factíveis se os países conseguirem ficar ao mesmo tempo gradualmente

¹⁸ Gwatkin D. Who Would Gain Most from Efforts to Reach the Millennium Development Goals for Health? In: *Health, Nutrition and Population*. Banco Mundial; dezembro de 2002.

mais ricos e menos desiguais, por exemplo, combinando uma taxa de crescimento anual do PIB de 3% e reduções acumuladas de desigualdade de cerca de 4%.¹⁹

50. Em suma, para a OPAS a operacionalização das MDMs será muito específica para cada contexto e país, e requererá compromisso político, liderança, inovação e criatividade de todos os interessados. Dentro da OPAS, as MDMs se classificam portanto dentro de um quadro de política que ultrapassa uma estratégia de redução da pobreza para abarcar um compromisso com a universalidade do acesso a serviços de saúde e o fortalecimento de funções essenciais da saúde pública. O trabalho das unidades técnicas relacionadas com as MDMs de saúde será baseado na premissa de que os países da Região não podem contentar-se com o mínimo — ou seja, chegar à média das MDMs — e deve haver uma vontade forte de levantar os padrões e fixar objetivos e metas de saúde de natureza mais ampla e com ênfase na equidade.

51. As MDMs também devem ser entendidas como uma contribuição à governança transparente e responsável. Há fortes expectativas de que a ênfase nos resultados e na responsabilização permita que as MDMs sejam um “motor” da democracia. Em condições ideais, as comunidades participariam da fixação de objetivos e estratégias nacionais, e monitorariam e debateriam o desempenho do governo com base em dados fidedignos. Uma razão declarada para manter as MDMs simples e diretas é permitir que as pessoas pobres participem do processo. O *Relatório do Desenvolvimento Humano 2003* do PNUD propõe que as MDMs sejam expostas à porta da municipalidade de cada povoado; devem integrar as plataformas de campanha dos políticos e ser focos dos esforços de mobilização popular e social. Não só os governos, mas também muitas facetas da sociedade civil, em especial as próprias comunidades pobres, devem ser envolvidas num processo participativo que ponha a consecução democrática das MDMs no centro das políticas públicas da Região das Américas como elemento chave para melhorar a qualidade de vida.

52. Uma reunião sobre Municipalidades Saudáveis e as MDMs no Equador, em junho de 2004, com a participação da OPAS, do PNUD, dos Centros para Controle de Doenças dos Estados Unidos, do organismo alemão de cooperação técnica (GTZ) e de prefeitos e diretores de redes de municipalidades de vários países da Região contribuiu para definir a função das autoridades e redes municipais no avanço das MDMs. Explorou pontos de vista locais, identificou práticas adequadas e iniciou o desenvolvimento de um plano de ação conjunto para impulsionar a consecução das MDMs em nível local.

53. A Declaração de Brasília reconhece a importante função da sociedade civil na consecução das MDMs e expressa a esperança de que o processo das MDMs ajude a

¹⁹ Ibidem, nota de rodapé 10.

fortalecer instituições democráticas e apoiar a inclusão social, uma cultura de paz e de direitos humanos.

54. A saúde desempenha uma função chave no sentido de fazer as MDMs tangíveis para as comunidades, pois os domicílios e indivíduos experimentam muito diretamente como a falta de ação num conjunto de MDMs — por exemplo, redução da pobreza ou equidade de gênero — reflete-se em maus resultados de saúde. As comunidades também experimentam como a falta de investimento em atenção primária à saúde e na infraestrutura de saúde pública as impede de garantir sua sobrevivência. Aqui encontramos um dos desafios-chaves dos objetivos e metas de saúde: a melhoria dos resultados de saúde dependerá significativamente de uma mescla de estratégias e da sinergia que se desenvolva entre elas — a melhoria da saúde pública e da infra-estrutura de serviços de saúde em termos de acesso, qualidade e eficiência; mudanças significativas em atitudes e comportamento das comunidades, dos profissionais e dos responsáveis pelas políticas; e por fim, praticamente todos os outros ambientes de política afetados pelas MDMs. A redução da mortalidade materna dependerá de ação concertada que inclua a educação das mulheres, boas estradas, acesso a cuidado obstétrico de urgência e novos valores comunitários. Além disso, a igualdade de gênero não se limita a uma única meta; de fato, diz respeito a todas. Sem progresso rumo à igualdade de gênero e ao empoderamento das mulheres, nenhuma das MDMs será alcançada.

55. As MDMs também podem proporcionar à OPAS uma plataforma para trabalhar de novas maneiras com o setor privado e com a sociedade civil, inclusive organizações profissionais, como as organizações de saúde pública da Região. A ação para as MDMs deve operar para um compromisso reforçado dos países das Américas com a Saúde para Todos, princípio que é uma marca distintiva das democracias — que não excluem cidadãos do acesso a serviços de saúde por motivo de sua capacidade de pagamento.

Esforços dentro da OPAS

56. Uma equipe estratégica de MDMs foi estabelecida no escritório do Diretor de Gestão de Programas. Funciona em estreito contato com o grupo de trabalho sobre as MDMs estabelecido na OPAS, que reúne centros de MDMs designados em todas as áreas programáticas para cada uma das metas de saúde diretamente relevantes; com centros para monitoramento, comunicação e parcerias globais; e centros representando questões de sistemas-chaves: proteção social em saúde, saúde pública, atenção primária à saúde, promoção da saúde e saúde ambiental. A tarefa desse grupo de trabalho é elaborar as políticas e mecanismos para ajudar a OPAS a melhorar seu apoio aos países em seu esforço para alcançar as MDMs nas Américas. Reúne-se regularmente para tratar de estratégias e enfoques e progressos, e assegurar a integração dos projetos de ações no orçamento-programa. É apoiado por um *site* na intranet. Os escritórios nacionais têm acesso irrestrito às deliberações desse grupo.

57. Está em marcha um esforço de integração com todas as unidades organizacionais na OPAS. A meta é tanto uma reorientação do trabalho de unidades técnicas quanto o desenvolvimento de parcerias especiais entre programas a fim de contribuir para a consecução das metas, bem como a criação de uma equipe regional integrada de apoio técnico que possa respaldar os esforços dos programas nacionais nessa direção. Uma variedade de unidades e programas está sendo incentivada dentro da Sede, dos centros e escritórios nacionais a ajustar programas de acordo com essa orientação.

58. Importantes parcerias estratégicas já foram identificadas para algumas das metas prioritárias, por exemplo, a iniciativa de municipalidades saudáveis, a iniciativa de desenvolvimento local e urbana (ver Meta 11 com relação a residentes de bairros pobre), a Federação Mundial das Associações de Saúde Pública e o programa de gênero, etnicidade e saúde. O maior número possível de programas terá de incluir a consecução de MDMs como parte de sua visão e estratégia programática, e estabelecer enlace com outros. A OPAS terá de passar de iniciativas compartimentadas de programas para iniciativas de MDMs sinérgicas cujas repercussões se possam fiscalizar e avaliar.

59. Atribui-se alta prioridade às atividades em saúde materno-infantil, infecção pelo HIV/AIDS, tuberculose, malária, nutrição, e água e saneamento. Está em marcha um esforço para identificar as atividades relacionadas com MDMs no orçamento-programa bienal, por exemplo, ao assinalar os resultados esperados que contribuiriam para alcançar as MDMs.

60. Finalmente, as MDMs foram discutidas com os representantes da OPAS/OMS em todas as três reuniões sub-regionais realizadas nos últimos meses, e atualmente está em marcha um esforço para analisar e sistematizar a experiência em nível nacional com o monitoramento e execução de ações para apoiar as MDMs. Em resumo, está em marcha um esforço significativo tanto para alinhar o trabalho da OPAS com o mandato das MDMs como para tornar o trabalho da OPAS e o trabalho com os parceiros mais sensível às MDMs.

61. Entre as atividades de cooperação técnica da OPAS em apoio aos países para alcançar as MDMs relacionadas com a saúde, figuram:

- Até junho de 2005, apoiar a preparação e realização da Reunião de Ministro da Saúde e Ambiente em Mar del Plata, Argentina, em preparação para a próxima Cúpula das Américas.
- Manter e aumentar a cooperação com os parceiros da Agenda Compartilhada, o Banco Mundial e BID ao monitorar e executar as metas em nível nacional, bem como com outros parceiros, como o PNUD, o UNICEF, o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Programa Mundial de Alimentos das

- Nações Unidas (PMA) e a CEPAL. Em particular, para fins de 2004, colaborar com a CEPAL em uma publicação interinstitucional sobre as MDMs.
- Envolver a comunidade de saúde pública das Américas, associações de saúde pública e escolas de saúde pública com a consecução das MDMs. Especificamente, até novembro de 2004, planejar uma oficina internacional sobre as MDMs, incluindo as escolas de saúde pública e associações de saúde pública das Américas para desenvolver um quadro para sua contribuição às MDMs.
 - Incorporar as MDMs ao processo de desenvolvimento da cooperação técnica para a saúde nacional, em particular na programação e fixação de metas. Experiências recentes de cooperação técnica em El Salvador e Nicarágua caminharam nessa direção.
 - Buscar planos de ação municipais para as MDMs a fim de incluir as numerosas municipalidades saudáveis em toda a América numa vigorosa iniciativa de MDMs, com ênfase especial nas comunidades mais pobres. Até fins de 2004, ter um plano de ação específico para as municipalidades saudáveis, baseado nos resultados da reunião do Equador em junho de 2004.
 - Até junho de 2005, efetuar estudos de caso específicos e exaustivos sobre as MDMs de saúde, que proporcionariam uma análise de situação em que os países e a OPAS possam basear ações rumo às MDMs.
 - Envolver os grupos sub-regionais, os parlamentares e a sociedade civil em toda a Região das Américas num diálogo sobre a importância das metas de saúde para a consecução das MDMs.
 - Empenhar-se numa intensa troca de idéias entre ministérios da Saúde e outros ministérios, como o do Trabalho, sobre iniciativas para melhorar as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores com relação ao Objetivo 8, e com o Ministério da Educação sobre sinergias a fim de alcançar as MDMs, com vistas a uma iniciativa de política intersetorial de alto nível em toda a Região.
 - Realizar um esforço concertado para elevar a instrução das comunidades mais pobres a respeito da saúde, com ênfase em áreas prioritárias das MDMs e conexões fortes com os Objetivos 2 (educação) e 3 (poder de decisão das mulheres).

- Empreender a iniciativa sobre responsabilização pela saúde nas Américas, cuja meta é executar e melhorar o monitoramento e os sistemas de informação da OPAS e usar inovações como o Sistema de Informação Geográfica (SIG) para mapear o progresso alcançado. Naturalmente, há também elos com o projeto nacional de contas sanitárias. Tal iniciativa incluiria não só a mensuração do progresso em matéria de saúde com respeito às MDMs mas também o monitoramento da evolução do apoio e das parcerias esboçados no Objetivo 8, que requer um fluxo mais intenso de recursos e crescente coordenação dos doadores em nível nacional e local.
- Fortalecer a função de liderança intelectual e estratégica da OPAS, por exemplo, em áreas como saúde e segurança humana, saúde e comércio, saúde e democracia, etc.
- Até fins de 2005, formular o orçamento-programa 2006-2007 da OPAS com referência explícita ao apoio aos Estados membros para a consecução das MDMs.

Ação do Conselho Diretor

62. Solicita-se ao Conselho Diretor considerar a resolução (ver Anexo B) recomendada pelo Comitê Executivo.

Anexos

Objetivos de desarrollo del Milenio

Objetivos e metas (de la Declaración del Milenio)	Indicadores para medir los progresos
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	
Meta 1: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día	1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA) ^a 2. Coeficiente de la brecha de pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la profundidad de pobreza) 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintilo más pobre de la población
Meta 2: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	4. Porcentaje de menores de 5 años con insuficiencia ponderal 5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	
Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	6. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria 7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado 8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años
Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	
Meta 4: Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	9. Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior 10. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años 11. Proporción de mujeres entre los empleados asalariados en el sector no agrícola 12. Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años	
Meta 5: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	13. Tasas de mortalidad de menores de 5 años 14. Tasa de mortalidad infantil 15. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo 5: Mejorar la salud materna	
Meta 6: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	16. Tasa de mortalidad materna 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	18. Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años 19. Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos ^b 19a. Utilización de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo 19b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. ^c 20. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.
Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	21. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo 22. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo ^d 23. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis 24. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS)
Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	
Meta 9: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	25. Proporción de la superficie cubierta por bosques 26. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total 27. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA) 28. Emisiones de dióxido de carbono (per cápita) y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO) 29. Proporción de la población que utiliza combustibles sólidos
Meta 10: Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento	30. Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales 31. Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales
Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios	32. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	
<p>Meta 12: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Se incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en cada país y en el plano internacional</p> <p>Meta 13: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Se incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados y la cancelación de la deuda bilateral oficial, y la concesión de una asistencia para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza</p> <p>Meta 14: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y las decisiones adoptadas en el vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General)</p> <p>Meta 15: Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo</p>	<p><i>En los casos de los países menos adelantados, los países africanos, los países sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo, algunos de los indicadores mencionados a continuación se supervisarán por separado</i></p> <p><u>Asistencia oficial para el desarrollo</u></p> <p>33. La AOD neta, total y para los países menos adelantados, en porcentaje del ingreso nacional bruto de los países donantes del CAD de la OCDE</p> <p>34. Proporción de la AOD total bilateral y por sectores de los donantes del CAD de la OCDE para los servicios sociales básicos (educación básica, atención primaria de la salud, nutrición, abastecimiento de agua salubre y servicios de saneamiento)</p> <p>35. Proporción de la AOD bilateral de los donantes del CAD de la OCDE que no está condicionada</p> <p>36. La AOD recibida en los países sin litoral en porcentaje de su ingreso nacional bruto</p> <p>37. La AOD recibida por los pequeños Estados insulares en desarrollo en proporción de su ingreso nacional bruto</p> <p><u>Acceso a los mercados</u></p> <p>38. Proporción del total de importaciones de los países desarrollados (por su valor y sin incluir armamentos) procedentes de países en desarrollo y de países menos adelantados, admitidas libres de derechos</p> <p>39. Aranceles medios aplicados por países desarrollados a los productos agrícolas y textiles y el vestido procedentes de países en desarrollo</p> <p>40. Estimación de la ayuda agrícola en países de la OCDE en porcentaje de su producto interno bruto (PIB)</p> <p>41. Proporción de la AOD para fomentar la capacidad comercial</p> <p><u>Sostenibilidad de la deuda</u></p> <p>42. Número total de países que han alcanzado los puntos de decisión y número que ha alcanzado los puntos de culminación en la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (acumulativo)</p> <p>43. Alivio de la deuda comprometido conforme a la iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados (en dólares de E.U.)</p> <p>44. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios</p>
<p>Meta 16: En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo</p>	<p>45. Tasa de desempleo de jóvenes comprendidos entre los 15 y los 24 años, por sexo y total^e</p>
<p>Meta 17: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a un costo razonable</p> <p>Meta 18: En colaboración con el sector privado, velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones</p>	<p>46. Proporción de la población con acceso estable a medicamentos esenciales a un costo razonable</p> <p>47. Líneas de teléfono y abonados a teléfonos celulares por 100 habitantes</p> <p>48. Computadoras personales en uso por 100 habitantes y usuarios de Internet por 100 habitantes</p>

Los objetivos y metas de desarrollo del Milenio están enunciados en la Declaración del Milenio, firmada en septiembre de 2000 por 189 países, donde figuran como signatarios 147 Jefes de Estado (www.un.org/documents/ga/res/55/a55r002.pdf – A/RES/55/2). Los objetivos y metas están interrelacionados y deberían considerarse como un conjunto. Representan la asociación entre los países desarrollados y los países en desarrollo que están decididos, como dice la Declaración, “a crear, en los planos nacional y mundial, un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza”.

^a Para supervisar las tendencias de la pobreza en los países deberían utilizarse indicadores basados en el umbral de la pobreza de cada país, si se dispone de ellos.

^b Entre los métodos anticonceptivos, solamente los preservativos son eficaces para prevenir la transmisión del VIH. La tasa de uso de anticonceptivos también es útil para conocer los progresos hacia el logro de otros objetivos relacionados con la salud, el género y la pobreza. Puesto que la tasa de uso de preservativos sólo se mide entre las mujeres con una pareja fija, se complementa con un indicador sobre el uso de preservativos en situaciones de alto riesgo (indicador 19a) y con un indicador sobre los conocimientos relativos al VIH/SIDA (indicador 19b).

^c Este indicador corresponde al porcentaje de la población de 15 a 24 años que puede identificar correctamente las dos principales formas de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales sólo con una pareja fiel y no infectada), que rechaza los dos errores más generalizados en el país sobre la transmisión del VIH, y que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. No obstante, como actualmente no se dispone de un número suficiente de encuestas para calcular el indicador definido supra, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en colaboración con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboraron dos indicadores de sustitución que representan dos componentes del indicador real. Esos componentes son: a) el porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona puede protegerse de la infección del VIH mediante “el uso sistemático de preservativos”; b) el porcentaje

de mujeres y hombres de 15 a 24 años que sabe que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH. Para el informe sobre el año en curso sólo se dispone de datos referentes a mujeres.

^d La prevención se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticidas; el tratamiento se mide por el porcentaje de niños menores de 5 años que reciben tratamiento adecuado.

^e La OIT está elaborando un método mejorado para cuantificar el objetivo en el futuro.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



134^a SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 21-25 de junho de 2004

CD45/8 (Port.)
Anexo B

RESOLUÇÃO

CE134.R8

CONTRIBUIÇÃO DA OPAS PARA O CUMPRIMENTO DAS METAS DE DESENVOLVIMENTO DA DECLARAÇÃO DO MILÊNIO DAS NAÇÕES UNIDAS

A 134^a. SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando o relatório, “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde” (Documento CE134/10);

Reconhecendo a importância das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas (ONU) como uma estratégia focalizada para melhorar a saúde das populações das Américas e reduzir as desigualdades existentes, internamente e entre os países;

Reconhecendo a posição central das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas nas prioridades estratégicas da OPAS e

Reconhecendo a estratégia da OPAS para alcançar as Metas de Desenvolvimento para o Milênio,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução de acordo com os seguintes termos:

O 45^o. CONSELHO DIRETOR,

Considerando o relatório, “Metas de Desenvolvimento para o Milênio e Objetivos de Saúde” (Documento CD45/___);

Considerando as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas e o forte compromisso dos governos da Região com o seu alcance;

Considerando o estreito vínculo entre as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas e a visão de saúde para todos da OPAS/OMS e

Considerando a importância do cumprimento das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas para a redução das desigualdades de saúde na Região das Américas,

RESOLVE:

1. Solicitar aos Países Membros a:
 - (a) Fortalecer o compromisso político com as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas em todos os níveis de governo e considerar, como prioridade, o cumprimento das metas nos planos locais, nacionais, sub-regionais e regionais de desenvolvimento econômico e social;
 - (b) Promover uma maior conscientização e apropriação das prioridades de saúde estabelecidas nas metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas em âmbito nacional por meio de uma ampla série de diálogos sobre políticas, parcerias e ação intersetorial;
 - (c) Promover parcerias para o cumprimento das metas de desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas em fóruns políticos e econômicos sub-regionais para o fortalecimento do compromisso dos Países Membros com a saúde e o desenvolvimento social, com responsabilidade compartilhada;
 - (d) Intensificar a ação para o desenvolvimento nacional da saúde e proteção social em saúde, sobretudo em âmbito sub-nacional e nacional para apoiar um progressivo alcance das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas;
 - (e) Melhorar a integração dos esforços nacionais com iniciativas, metas e objetivos da Saúde e com políticas de Saúde orientadas a resultados, para cumprir as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas nas Américas;
 - (f) Assumir o compromisso e aumentar a cooperação com outros sócios para impulsionar a agenda das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas em âmbito regional, sub-regional e regional;

- (g) Apoiar a participação da sociedade civil em todos os níveis para alcançar as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas, visando, sobretudo, a inclusão de mulheres, de grupos étnicos e raciais e de populações indígenas;
- (h) Melhorar a quantificação e o monitoramento regular do progresso da realização das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas por meio de dados de saúde desagregados e de alta qualidade;
- (i) Iniciar, facilitar e apoiar pesquisas para fortalecer a base de evidências do cumprimento das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas e produzir novos conhecimentos, sobretudo relativos às sinergias com a saúde.

2. Solicitar à Diretora:

- (a) Renovar os esforços de apoio aos países na elaboração e implementação de planos nacionais de ação para o cumprimento das metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas e para a programação efetiva de recursos para o desenvolvimento;
- (b) Continuar a utilizar as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas como um elemento fundamental da cooperação da OPAS em todas as áreas técnicas relevantes, sobretudo para os países e grupos populacionais com maior necessidade de cumprimento das metas de desenvolvimento da Declaração do Milênio das Nações Unidas;
- (c) Continuar a integrar e agilizar as metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas no programa de trabalho da OPAS e na gestão orientada a resultados;
- (d) Redobrar os esforços para mobilizar recursos humanos e financeiros e parcerias para apoiar os países americanos a implementar suas estratégias nacionais relativas às metas de saúde da Declaração do Milênio das Nações Unidas;
- (e) Integrar o trabalho da OPAS nas metas da Declaração do Milênio das Nações Unidas com outros esforços estratégicos para o desenvolvimento da saúde na Região das Américas, incluindo os esforços para o fortalecimento dos sistemas de saúde por parte de órgãos sub-regionais e regionais, estratégias de redução da pobreza das Nações Unidas e bancos de desenvolvimento e investimento;

- (f) Prestar apoio técnico à Reunião Regional de Ministros da Saúde para a avaliação do progresso das metas relacionadas à saúde da Declaração do Milênio de Nações Unidas, que será realizada na Argentina, em junho de 2005;
- (g) Monitorar continuamente o progresso nacional e regional das metas relacionadas à saúde, avaliar experiências e compartilhar as melhores práticas entre os países.

(Oitava reunião, 25 de junho de 2004)

- - -