



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



45º CONSELHO DIRETOR

56ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

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

Tema 5.9 da Agenda Provisória

CD45/14 (Port.)
29 de julho de 2004
ORIGINAL: ESPANHOL

AVALIAÇÃO DE DEZ ANOS DA INICIATIVA REGIONAL DE DADOS BÁSICOS EM SAÚDE

A *Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de País (IRDBS)* foi lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1995, para facilitar a monitoração e acompanhamento das metas de saúde e os mandatos dos Estados Membros, assim como para contar com um conjunto mínimo de dados coletados anualmente que permitam caracterizar a situação e tendências de saúde nos países das Américas. Para obter maior validade, harmonização, confiabilidade e oportunidade, a definição de dados básicos foi realizada juntamente com os Estados Membros e um Grupo de Consulta Interprogramático da OPAS. Espera-se que o trabalho da IRDBS fortaleça os processos de coleta e uso da informação para a gestão e tomada de decisões em saúde pública.

A disponibilidade da IRDBS permitiu identificar necessidades e definir prioridades em saúde, processos requeridos na *condução e planejamento estratégico*, tanto na OPAS/OMS como nos Estados Membros. A IRDBS contribuiu estrategicamente ao monitoramento dos mandatos regionais e mundiais de saúde, entre os quais se destacam a Saúde para Todos, a Reunião de Cúpula da Infância e as Metas de Desenvolvimento do Milênio. Os indicadores da IRDBS foram utilizados nas análises de situação e tendências de saúde, incluindo a medição de desigualdades, necessários para orientar a *cooperação técnica* e a *mobilização de recursos* para os grupos de população mais necessitados.

Trinta Estados Membros adotaram a iniciativa no âmbito nacional, 24 atualizam e produzem regularmente um folheto de indicadores básicos e o utilizam para identificar necessidades ou avaliar programas, entre outros aspectos. Não obstante, é preciso estimular e apoiar o trabalho com recursos humanos e financeiros para manter a iniciativa.

O presente relatório ao Conselho Diretor presta contas sobre os resultados e impacto da IRDBS de acordo com sua meta e objetivos previstos, 10 anos após seu lançamento. Propõem-se recomendações para a consolidação e extensão da IRDBS aos âmbitos nacionais e locais e se solicitam sugestões e comentários para ações futuras.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introdução	3
Antecedentes	3
Resultados da implantação da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde (IRDBS)	5
Condução e planejamento estratégico	5
Cooperação técnica	7
Mobilização e uso de recursos	9
Resultados da implantação da IRDBS nos países	9
Produtos específicos da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde	10
Folheto regional “Situação de Saúde nas Américas: Indicadores Básicos	10
Sistema de informação sanitária: Base de dados e processo de coleta	11
Glossário e notas técnicas por indicador	12
Atlas de indicadores básicos	12
Perfis de saúde de país	12
Sistemas de informação da IRDBS baseados na internet	13
Produtos específicos da IRDBS nos países	14
Folhetos e sistemas de informação nacionais e sub-regionais	14
Perfis subnacionais de saúde e guias metodológicos	14
Recursos investidos na IRDBS	15
Perspectivas e desafios	16
Intervenção do Conselho Diretor	17
Anexo A. Metas de Desenvolvimento do Milênio e Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde)	
Anexo B. Disponibilidade de Informação da IRDBS pela Região das Américas e Sub-Regiões, 1995-2003	
Anexo C Recursos Investidos Anualmente na IRDBS nos Países. Julho, 2004	
Anexo D Recursos Investidos Anualmente na IRDBS nas Unidades do Escritório Central da OPAS. Julho, 2004	

Introdução

1. A *Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de Países* (IRDBS) foi lançada pela Direção da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 1995 para monitorar a consecução das metas de saúde e o cumprimento dos mandatos adotados pelos Estados Membros e a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), assim como para contar com um conjunto mínimo de dados que permita a caracterização e monitoramento da situação de saúde nos países da Região das Américas.¹ Em 1997, o *XL Conselho Diretor* da Organização Pan-americana da Saúde adotou a resolução CD40.R10² sobre a *coleta e utilização de dados básicos em saúde* para avaliar o estado e as tendências da situação de saúde na população, proporcionando a base empírica para a determinação de grupos de população com maiores necessidades sanitárias, a estratificação do risco epidemiológico, a identificação de áreas críticas e a resposta dos serviços de saúde como aporte para o estabelecimento de políticas e prioridades neste campo. Esta resolução constitui o mandato para a institucionalização da IRDBS, após as diversas resoluções emanadas dos Órgãos Diretores incluídas na Memória Institucional da OPAS desde 1911.³

2. O *objetivo* do presente documento é informar ao Conselho Diretor sobre os resultados e impacto da *Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e Perfis de Países* de acordo com a meta prevista e os objetivos alcançados. Além disso, propõe recomendações ao Conselho Diretor para a consolidação e extensão da IRDBS aos âmbitos nacionais e locais com o fim de fortalecer a capacidade de vigilância e monitoramento em saúde pública e as análises de situação de saúde.

Antecedentes

3. Desde os anos 1994-1995, em resposta aos processos de descentralização, das novas funções e responsabilidades dos diferentes níveis dos serviços de saúde, a OPAS/OMS reconheceu a importância de dispor de dados e indicadores sobre a situação de saúde para orientar a execução dos programas de cooperação técnica⁴ e estimulou amplamente o desenvolvimento dos dados básicos como um conjunto integral de

¹ Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores de Salud: Elementos básicos para el análisis de situación de salud. Boletín Epidemiológico OPS, 2001; 22 (4): 1-5.

http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm

² Organização Pan-Americana da Saúde. *Recopilación y Utilización de Datos Básicos en Salud*. Washington, DC: OPAS; 14 de julho 1997 (Documento CD40/19)

<http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25287.pdf>

Resolução CD40/R10 http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_40.htm#R10.

³ Memória Institucional OPAS. Resoluções OPAS 1902-2002: 3.186 registros em inglês; 3.296 registros em espanhol. *Principais Mandatos dos Órgãos Diretores vinculados a Informação e Análise de Saúde*. 2003.

⁴ Dr. Alleyne G.A.O. *Perfiles de Países y Datos Básicos: Funciones y Responsabilidades*. Washington D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde. Memorando [HDP/HDA/E8/28/1(986)], 1 de agosto de 1995.

indicadores essenciais relacionados com a saúde para caracterizar de maneira quantitativa a situação de um país ou região. Era previsível que a implantação e consolidação deste processo reduzisse o número de consultas sobre informação de saúde feitas aos países e facilitasse a monitoração e as análises da situação de saúde. Além disso, atribuíram-se as responsabilidades de seleção, coleta, organização, manutenção e uso dos dados e informação aos programas técnicos do escritório central e às representações da OPAS/OMS nos países, e a coordenação passou a ser responsabilidade do Programa de Análise da Situação de Saúde (HDA), atualmente Área de Análise de Saúde e Sistemas de Informação Sanitária (DD/AIS) da OPAS.

4. Durante 1996, foram realizadas várias reuniões de trabalho e consulta sobre a definição, o processo de coleta e os conteúdos categóricos dos dados básicos, sobre seu uso na produção de perfis de país e sobre as metodologias para as análises da situação de saúde. Estabeleceu-se um *Grupo de Consulta Interprogramático sobre Dados Básicos e Análise de Saúde* para a implantação do plano de ação regional, incluindo o conteúdo de indicadores, suas definições e fontes, assim como o estabelecimento dos mecanismos de coleta e validação, e a análise e monitoração da implantação do processo em sua totalidade. Além disso, foram realizadas visitas a todas as Representações para a consulta e difusão da Iniciativa Regional.⁵

5. Em 1997, o Conselho Executivo e o Conselho Diretor da OPAS/OMS aprovaram as resoluções CE120.R7 e CD40.R10 para a *Coleta e Utilização de Dados Básicos em Saúde* e reconheceram o esforço regional para consolidar um sistema automatizado de informação técnica em saúde que permita o acesso rápido a informação básica sobre a situação de saúde dos países da Região; igualmente, recomendaram o uso de indicadores para a formulação, ajuste e avaliação de políticas e programas sanitários.

6. A IRDBS tem os seguintes *propósitos*:⁶

- (a) orientar a condução político-estratégica;
- (b) facilitar o estabelecimento de prioridades para a ação no setor da saúde;
- (c) fortalecer a avaliação e o ajuste da cooperação técnica em cada um dos países e programas, redefinindo suas prioridades, estratégias de ação e distribuição de recursos;
- (d) apoiar os países na preparação de estratégias de investimento ou de programas especiais orientados ao desenvolvimento de políticas ou serviços de saúde, assim como a prevenção e controle de problemas de saúde específicos;

⁵ Castillo-Salgado C. *Perfiles de País y Datos Básicos*. Washington D.C.: Organización Pan-Americana da Saúde. Memorando [HDP/HDA/E8/28/1(1822)], 8 de dezembro de 1995.

⁶ *Ibid*, referência 2.

- (e) facilitar a mobilização de recursos financeiros;
- (f) orientar a definição de prioridades de pesquisas;
- (g) divulgar periodicamente relatórios sobre as tendências da situação de saúde em cada um dos países e na Região, dentro de âmbitos analíticos definidos por seus mandados, tais como os de *Saúde para Todos* e *Renovação de Saúde para Todos*.

7. Cabe ressaltar que, desde sua reativação, em 2000, o Comitê Regional Assessor sobre Estatísticas de Saúde (CRAES) apoiou os processos de melhoria da qualidade, critérios de validez e consistência de dados básicos

Resultados da implantação da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde (IRDBS)

8. A meta da IRDBS é fortalecer a capacidade da OPAS/OMS para gerar os conhecimentos que permitam a descrição e explicação da situação de saúde da população das Américas, assim como a seleção de intervenções sanitárias com equidade e eficácia.⁷ Considera-se que o esforço envidado conjuntamente nestes 10 anos pelos Estados Membros e a Secretaria para o desenvolvimento da IRDBS foi satisfatório quanto à consecução desta meta, mas é necessário renovar o esforço conjunto para sua ampliação e institucionalização em níveis mais locais.

Condução e planejamento estratégico

9. A IRDBS manifestou que é possível contar com uma base de informação essencial, padronizada, válida, consistente, regular e oportuna, que é crítica para as análises da situação e tendências de saúde. Tratando-se de um aporte fundamental, os indicadores da IRDBS foram empregados nas análises da situação para a *definição de prioridades* dentro do *Plano Estratégico da RSPA para 2003-2007*.⁸ Como se indica mais adiante, os indicadores básicos também foram empregados em nível dos países nos ministérios da saúde para definir os planos nacionais de saúde e as políticas intersetoriais.

10. O uso deste conjunto de indicadores pelas autoridades nacionais e outras instâncias aumentou a consciência sobre a necessidade de informação válida e consistente para a orientação de decisões. Além disso, estimulou a revisão crítica dos processos de produção, coleta, integração e disseminação da informação relacionada com a saúde, tanto nos Estados Membros como na Secretaria. Isto também se reflete no reconhecimento da necessidade de fortalecer os sistemas nacionais de informação

⁷ *Ibid*, referência 2.

⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Repartição Sanitária Pan-Americana para o período 2003-2007. Washington, DC: OPAS; 3 de maio de 2002. (Documento CE130/12). <http://www.paho.org/English/GOV/CE/SPP/spp36-04-e.pdf>.

sistemáticos e em sua interoperabilidade e integração coordenada para responder melhor às necessidades de informação. Neste sentido, a experiência do Brasil com sua *Rede Interagencial de Informações para a Saúde* (RIPSA),⁹ baseada no modelo da IRDBS, representa um dos exemplos *institucionalizados* mais bem-sucedidos de consenso, padronização, coleta, coordenação e disponibilidade de indicadores e informação a diversos tipos de usuários, com acesso à Internet. A RIPSA aglutina diversas instituições nacionais com responsabilidade na produção e análise de dados de saúde. Este esforço mereceu o reconhecimento do Ministério da Saúde do Brasil, que distribuiu os recursos adicionais necessários para o processo de coordenação, produção e disseminação. O Canadá representa outro exemplo bem-sucedido de trabalho harmonizado na definição, medição e uso de indicadores em saúde para a definição de prioridades e orientação dos planos e programas dos sistemas de saúde em resposta a necessidades em saúde. Para isso, definiu-se a Saúde Populacional como o quadro conceitual de referência, a partir do qual se identificam as áreas de trabalho e o conjunto de indicadores que se deseja coletar e monitorar. O processo de coleta, padronização, análise e disseminação de informação é desenvolvido sob a coordenação do *Instituto Canadense para Informação em Saúde* (CIHI) e complementa as ações de Health Canada e Statistics Canada.¹⁰

11. A criação de *salas de situação de saúde* nos países representa uma nova abordagem do uso estratégico da informação. Um dos aportes indispensáveis nos países que as implantaram foram os dados básicos.

12. Outro dos aspectos estratégicos da IRDBS foi contribuir para a monitoração dos mandatos, compromissos e iniciativas regionais e mundiais de saúde. Entre as iniciativas mais importantes de caráter mundial figura a monitoração das *Metas de Desenvolvimento do Milênio* (MDM)¹¹. As MDM foram adotadas por 189 países membros das Nações Unidas em 2000 e devem ser alcançadas até 2015 em cada uma das sete áreas relacionadas, incluída a saúde. A este respeito, cabe indicar que existem 20 indicadores das MDM que estão relacionados com a saúde (Anexo A). A IRDBS inclui atualmente 12 deles; em breve, acrescentará outro com alguns ajustes programáticos e quatro mais poderiam estar disponíveis em datas próximas. Finalmente, os três restantes requererão esforços especiais de coleta de informação. Outros exemplos importantes que envolvem o uso destes indicadores são o monitoramento e avaliação da *Estratégia de Saúde para Todos no ano 2000* e o acompanhamento da *Reunião de Cúpula da Infância de 1990*.

13. É importante destacar a relação que existe entre a IRDBS e outras iniciativas mundiais de informação em saúde, como a Rede de Métricas de Saúde (*Health Metrics*

⁹ Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA). <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/ripsa.htm>

¹⁰ Canadian Institute for Health Information. http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_página_de_Internet acessada em 10 de abril de 2004.

¹¹ Nações Unidas. *United Nations Millennium Declaration*. Assembléia Geral, Nova York: UN; 18 de setembro de 2000 (Document A/RES/55/2) <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>

Network - HMN), patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (ONUSIDA), Departamento para o Desenvolvimento Internacional do Reino Unido (DFID), a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Fundação Bill e Melinda Gates e especialistas técnicos de diversos países, entre outros. A HMN foi constituída recentemente para fortalecer a disponibilidade e o uso estratégico da informação em saúde. De acordo com seu documento estratégico sobre áreas de trabalho 2004-2009,¹² a HMN reconheceu a necessidade de fortalecer os sistemas nacionais de informação em saúde, o acesso a informações sobre AIDS, tuberculose e malária, a integração da equidade nestes sistemas, a monitoração de eventos demográficos básicos e a vigilância de doenças. A HMN identificou diversas etapas requeridas no processo de reforma dos sistemas de informação nacionais, a serem adaptadas nos países: a) estabelecer ou fortalecer um mecanismo nacional que envolva doadores e outros grupos interessados e lidere a reforma dos sistemas de informação de saúde; b) elaborar guias de política e quadros conceituais que incluam explicitamente a consideração da equidade; c) gerar consenso acerca dos indicadores básicos, a padronização de suas definições e a harmonização dos instrumentos de coleta; d) responder às necessidades de recursos e capacidades em todos os níveis; e) preparar, organizar e divulgar módulos de informação de saúde para estimular a demanda de informação e aumentar o uso da informação em todos os níveis. O primeiro componente programático proposto na HMN é o desenvolvimento e harmonização de normas e padrões para a monitoração de indicadores básicos através dos sistemas nacionais de coleta de dados.¹³ Neste sentido, a IRDBS e as experiências da RIPSa e de CIHI representam exemplos ou modelos de lições aprendidas para a HMN com uma experiência documentada dos últimos 10 anos na Região, que evoluíram cobrindo as diversas etapas identificadas.

Cooperação técnica

14. Um dos valores fundamentais da OPAS/OMS é a busca da equidade em saúde. Como primeiro passo para obtê-la, é preciso medir e monitorar as desigualdades em saúde. A IRDBS permitiu medir a situação e as mudanças no estado de saúde ao dispor de uma base padronizada. Um dos exemplos mais pertinentes a este respeito é a preparação da publicação quadrienal *A Saúde nas Américas*, edição 2002. Nas diversas fases do processo de preparação e revisão deste documento, ficou claro que os países que participavam na iniciativa regional e contavam com uma iniciativa nacional puderam cumprir a tarefa mais facilmente, conseguiram uma maior consistência e obtiveram documentação das desigualdades em matéria de saúde. Os indicadores básicos foram

¹² Health Metrics Network (white paper). *Synthesis of planning stage & proposal for areas of work 2004-2009*. Versão de 9 de dezembro de 2003

¹³ Organização Mundial da Saúde. *Health Metrics Network*. Apresentação na Mesa-Redonda Internacional sobre Melhor Medição, Monitoração e Gestão para Obter Resultados de Desenvolvimento. 5-6 de junho, na sede do Banco Mundial

utilizados nas análises da situação de saúde regional dos *Relatórios Anuais do Diretor da OPAS* desde 1995. A partir de 1999, com a disponibilidade de indicadores básicos desagregados em nível subnacional, foi possível iniciar a mudança de paradigma na análise de informação, do uso exclusivo de valores médios nacionais nas distribuições, permitindo ainda mostrar as desigualdades em saúde e seus padrões de distribuição espacial. A divulgação de metodologias específicas para documentar desigualdades, identificar necessidades em saúde, determinar prioridades, entre outras, apresentadas nos relatórios mencionados anteriormente, permitiu fortalecer as capacidades analíticas nacionais, estimulando esforços similares nos países.

15. A OPAS/OMS decidiu fortalecer suas ações centrando-as nos países, particularmente nos que têm maiores necessidades de cooperação técnica. Neste processo de priorização, os dados básicos e perfis de país foram um elemento essencial para a identificação dos países e áreas prioritárias de cooperação. Por exemplo, os atuais países-chave para a cooperação da OPAS/OMS - Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua - se encontram no grupo com mais carga de danos à saúde e menos favorecido quanto a recursos disponíveis para sua resposta.¹⁴ Além disso, para a definição de aspectos específicos da cooperação técnica da OPAS, os indicadores da IRDBS são empregados na preparação dos *Orçamentos Bianuais por Programas* (BPB).

16. O impacto da IRDBS ultrapassou amplamente as fronteiras do hemisfério ocidental e do Escritório Regional da OMS para as Américas (AMRO). Sua repercussão fez com que diversas regiões da OMS tenham solicitado a colaboração e cooperação técnica para desenvolver suas próprias iniciativas de dados básicos.

17. Desde 1999, o Escritório Regional da OMS para o Sudeste da Ásia (SEARO) publicou um folheto de indicadores de dados básicos baseado no da OPAS, mas com adaptações para a realidade, interesses, prioridades e disponibilidade de informação de sua região. Entre os pontos destacados desse folheto figura a inclusão de uma categoria específica para indicadores orientados à equidade de gênero. No final de 1999, SEARO identificou a IRDBS como uma das linhas de colaboração que poderiam ser desenvolvidas com a OPAS. Como resultado disso, foram realizadas visitas de profissionais do SEARO à OPAS e da OPAS ao SEARO para a transferência e adaptação do *tabulador* da IRDBS ao SEARO.

18. A partir de 1999, o Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental (EMRO) publicou seu folheto de indicadores de dados básicos baseado no modelo da OPAS. O folheto apresenta perfis de saúde de país similares aos da OPAS e solicitou cooperação na área dos sistemas de informação geográfica.

¹⁴ *Ibid*, referência 6, página 22

19. Considerando o modelo e a experiência da OPAS/OMS através do Departamento de Medição e Sistemas de Informação (EIP/MHI) está trabalhando num quadro de referência de indicadores básicos de saúde, em conjunto com todas as suas regiões para implementá-lo no nível global e a curto prazo. No final do mês de junho realizou-se uma reunião para revisar a proposta inicial

Mobilização e uso de recursos

20. Os organismos doadores utilizaram os indicadores básicos e os perfis de país para a identificação de áreas de maiores necessidades e países prioritários para a focalização de seus recursos de investimento. Em muitos casos, a monitoração da melhoria dos indicadores básicos é utilizada para avaliar o êxito dos programas estabelecidos com fundos de doação.

21. Um dos graves problemas dos países para a análise da situação é a grande quantidade de dados e informação coletados, que impede o uso racional dos recursos. O uso dos indicadores básicos, em contraste com a abordagem exaustiva, torna mais eficiente a utilização dos recursos e focaliza o número de indicadores requeridos, o que se reflete na validade e qualidade do conjunto de dados incluídos na IRDBS. Ao contar com um conjunto de dados e indicadores básicos coletados anualmente, limitou-se o dispêndio de recursos e a duplicação de esforços e solicitações de informação aos países.

Resultados da implantação da IRDBS nos países

22. Entre dezembro de 2003 e janeiro de 2004, DD/AIS, com o apoio dos pontos focais nas representações da OPAS/OMS, realizou uma pesquisa especial para avaliar o impacto da IRDBS nos países da Região das Américas. Recolheu-se informação de 37 países, incluídos os departamentos franceses.

23. De acordo com os resultados da pesquisa, pode-se dizer o seguinte:

- Com respeito à adoção da IRDBS, 30 Estados Membros têm uma Iniciativa Nacional de Dados Básicos de Saúde, com ativa participação dos grupos nacionais em sua construção e atualização.
- Dezesseis Estados Membros indicam que utilizam ou utilizaram a IRDBS para a medição de desigualdades, 21 para a medição de necessidades e definição de prioridades e 12 para a avaliação de programas, o que indica a diversidade do impacto.
- Com respeito à coerência entre os esforços de monitoração da IRDBS e outras iniciativas, 17 países indicam que existe coordenação com os ODM.

- Seguindo o exemplo regional, 24 países indicam que atualizam e distribuem periodicamente um folheto ou outro impresso similar de indicadores básicos, ou outras formas de divulgação eletrônica (CD-ROM, sistemas de informação baseados na internet, quadros em sites, entre outros); entre 1995 e 2002, o número de países com algum produto relacionado triplicou.
- Em 25 países, a concordância das definições dos indicadores da última publicação de dados básicos nacionais com o glossário da IRDBS é de 90%, o que reflete o impacto e consenso que há sobre a IRDBS.
- Entre as dificuldades mais destacadas na implantação e sustentação da IRDBS, mencionaram-se a insuficiência de recursos humanos, o limitado acesso à informação ou dados e a falta de apoio político e financiamento.

24. Entre as recomendações mais freqüentes dos países para fortalecer os processos relacionados com a IRDBS, mencionaram-se a melhoria do fluxo de informação entre os países e a sede da OPAS/OMS e o aumento da promoção e difusão desta iniciativa no ministério da saúde; também se destacou que DD/AIS possa contribuir para consolidar a IRDBS nacional.

Produtos específicos da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde (IRDBS)

Folheto regional “Situação de Saúde nas Américas: Indicadores Básicos”

25. Desde 1994, iniciaram-se os trabalhos de preparação e apoio aos Estados Membros e Representações para o primeiro folheto regional de dados básicos, publicado em 1995. Desde então, este folheto foi publicado a cada ano sem interrupção. Na versão correspondente a 2003, este folheto inclui 58 indicadores (10 demográficos, 8 socioeconômicos, 15 de mortalidade, 12 de morbidade e 13 de recursos, acesso e cobertura). Em 1995, mais de 70% dos países dispunham de indicadores nas diversas categorias, exceto na área de mortalidade, onde só 20 dos 48 países contavam com isso. Em contraste, em 2003 se dispunha desta informação de 40 países. Entre 1995 e 2003, o número de indicadores básicos nos folhetos regionais aumentou de 7 a 12 na categoria de morbidade, enquanto que nos indicadores sub-regionais o aumento foi de 33 a 51. Em 2003, incluíram-se pela primeira vez pirâmides de população das sub-regiões e um mapa temático que mostra as distribuições desiguais da mortalidade infantil no nível subnacional em países das Américas que têm iniciativas nacionais de dados básicos. É importante destacar que este folheto inclui indicadores positivos de saúde.

26. Cabe mencionar que foram envidados vários esforços regionais adicionais de produção de folhetos temáticos com o apoio da OPAS. Entre eles figuram os relacionados com gênero, saúde materno-infantil e saúde dos indígenas.

Sistema de informação sanitária: Base de dados e processo de coleta

27. O conteúdo da base de dados da IRDBS foi definido após amplas consultas entre os Estados Membros, unidades técnicas da OPAS e Representações da OPAS e discussões com grupos de especialistas nacionais. Acordou-se incluir um total de 117 indicadores, de nível nacional, distribuídos em cinco categorias:¹⁵ demográficos (10), socioeconômicos (10), mortalidade (31), morbidade e fatores de risco (30) e recursos, acesso e cobertura de serviços de saúde (36). Alguns dos indicadores contam com desagregações por idade, sexo, distribuição urbano-rural, o que faz um total de 401 dados para cada um dos 48 países e territórios da Região. A base de dados da IRDBS é utilizada mediante um gerador de tabelas, desenvolvido em DD/AIS, por meio do acesso eletrônico na internet.¹⁶

28. A integralidade da base de dados varia significativamente no número de indicadores disponíveis por país e ano. Uma análise realizada no início de 2004 indica que a base de dados conta apenas com 49% deles. Algumas áreas de indicadores tiveram maiores dificuldades, particularmente porque os sistemas de informação nacionais não estão operando com a pertinência e oportunidade ou não estão disponíveis. Esta situação afeta principalmente os indicadores de morbidade, serviços de saúde e mortalidade. Em nível de país, a cobertura de indicadores média é de 49%, com variações entre 12% e 90%. Com respeito à Região e suas sub-regiões para o período 1995-2003, a disponibilidade média dos indicadores é de 30,9 % (48.417 valores disponíveis), como se pode observar na tabela do anexo B. Isto reflete que, apesar do compromisso assumido pelos países, ainda há margem para melhorar. Deve-se mencionar que, depois de diversas reuniões do Grupo Interprogramático de Consulta de Dados Básicos e Análise de Saúde, se recomendou não incluir 9 indicadores que não tiveram nenhuma informação durante um período de vários anos.

29. Como uma informação adicional neste mesmo anexo e para mostrar o esforço dos Estados Membros e da Secretaria se inclui uma tabela atualizada com a informação do período 1995-2004, com os dados encontrados no Sistema Regional de Dados Básicos que estará disponível com esta atualização durante este Conselho Diretor. Deve-se notar que pela primeira vez estarão disponíveis os dados de mortalidade com desagregação por sexo e idade para todos os países que contem com isso.

¹⁵ *Ibid*, referência 2.

¹⁶ O gerador de tabelas se encontra no seguinte endereço eletrônico:
<http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/newTabulator.htm>

Glossário e notas técnicas por indicador

30. Em 1995 iniciou-se a compilação de um glossário e notas técnicas de indicadores. Depois de diversos processos de revisão, em 2003 foram incorporadas definições padronizadas com um glossário do total de indicadores, que inclui a descrição do indicador, notas técnicas, tipo e unidade de medida, categorias e subcategorias. Além disso, as definições são complementadas com notas técnicas adicionais de interpretação, uso e cálculo dos indicadores. Este glossário e notas técnicas também se encontram disponíveis no site da OMS/OPAS.¹⁷

31. Cabe mencionar que, entre os países da Região, o Brasil avançou nesta direção ao produzir o documento *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*,¹⁸ um manual de uso dos indicadores que inclui fichas técnicas de cada um deles. O CIHI no Canadá realizou um esforço similar com os indicadores que inclui em seus relatórios.¹⁹

Atlas de indicadores básicos

32. Em 1996, desenvolveu-se o primeiro Atlas de Saúde nas Américas disponível na Internet, baseado em dados do folheto de indicadores básicos de 1995. O Atlas foi concebido com o propósito de documentar a distribuição espacial das desigualdades de saúde em nível de país por meio de 55 mapas, acompanhados de gráficos com os países em situação mais desfavorável. Em 2003, realizou-se uma nova versão mais dinâmica do Atlas, com dados dos indicadores básicos de 2002. Alguns indicadores incluem mapas com gráficos sobrepostos para mostrar tendências, a distribuição em grupos de população ou de um indicador relacionado. O Atlas tem links diretos com os dados e perfis de saúde de cada país.

Perfis de saúde dos países

33. Em 1999, aproveitando a publicação do relatório *A Saúde nas Américas 1998*, foram publicados resumos na Internet a partir dos capítulos de países. Esses resumos eram acompanhados de um subconjunto de indicadores do sistema de dados básicos. Ainda que tivessem uma estrutura semipadronizada, receberam-se comentários de diferentes tipos de usuários indicando a necessidade de resumi-los ainda mais para facilitar sua revisão. Embora os indicadores tenham sido atualizados anualmente em anos posteriores, não ocorreu o mesmo com os resumos. Em 2003, foram atualizados os perfis, melhorando sua padronização e reduzindo sua extensão. Estes resumos mais seletivos

¹⁷ O endereço da página é: <http://www.paho.org/Spanish/SHA/coredata/tabulator/glossary.htm>

¹⁸ Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/matriz.pdf>

¹⁹ Ibid, referência 10.

destacam as desigualdades em saúde dentro dos países. Além do subconjunto de indicadores, esta versão inclui gráficos padronizados de indicadores selecionados. Os perfis ilustram, sobretudo, a situação e as tendências de saúde. Não obstante, não mostram as situações conjunturais que é preciso conhecer em diversos momentos. Considerou-se que este aspecto deverá ser atualizado mais regularmente (ao menos a cada seis meses) pelas Representações da OMS/OPAS em colaboração com os países e com o apoio de DD/AIS.

34. É importante destacar que entre os perfis de 1999 e 2003 é notória a melhoria na capacidade de análise dos países. O passo seguinte é realizar os perfis de saúde de fronteiras e sub-regiões, como os esforços desenvolvidos na fronteira México-Estados Unidos e nos países da América Central e República Dominicana dentro da iniciativa do projeto de Informação e Comunicação em Saúde (INFOCOM).

Sistemas de informação da IRDBS baseados na internet

35. Desde a criação da IRDBS propôs-se a necessidade de desenvolver um sistema de informação que o sustentasse. Estabeleceu-se como prioridade o acesso aos dados através da internet de forma interativa, permitindo aos usuários obter a informação requerida.

36. Em 1996-1997, com o apoio da Biblioteca Regional de Saúde (BIREME), HDA implantou um sistema baseado na internet que facilitava o acesso ao valor dos indicadores do último ano disponível. Durante 1998-1999, HDA desenvolveu o gerador de tabelas baseado na internet (*Tabulador*), que maneja três dimensões dos indicadores (indicador, país e ano) que podem ser combinadas para produzir tabelas para a análise da tendência de um indicador, da situação global num país ou para a comparação de indicadores em diversos países num mesmo ano. Este sistema foi lançado pelo Programa Especial de Análises de Saúde (SHA, antes HDA) em 1999, com dados de 1990-1999 e incluindo a integração com seu glossário e os perfis de saúde dos países.²⁰ Entre 2000 e 2002, desenvolveram-se novos componentes para facilitar a interpolação de dados e o ajuste de taxas, assim como a preparação de relatórios. Em 2003, redesenhou-se a interface de usuário para que fosse coerente com a identidade institucional da OPAS/OMS e para facilitar seu uso. Neste período, desenvolveu-se um instrumento para realizar a planilha Excel do folheto de indicadores básicos diretamente da base de dados. Isto permitiu realizar correções e modificações mais eficientemente que em anos anteriores e com maior controle na produção do folheto.

²⁰ Pode-se ter acesso aos diferentes componentes da IRDBS na seguinte página:
<http://www.paho.org/Selection.asp?SEL=HD&LNG=SPA>

Produtos específicos da IRDBS nos países

Folhetos e sistemas de informação nacionais e sub-regionais

37. Em 1995, dos 48 países somente cinco — Bolívia, Costa Rica, Guatemala, Honduras e México — publicaram um folheto de dados básicos nacionais. Oito anos depois, 24 países publicaram ao menos um folheto de indicadores básicos. Os países que publicaram folhetos de dados básicos nacionais são: Argentina, Bolívia, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. É importante destacar que 10 destes países publicaram folhetos de indicadores básicos durante mais de quatro anos.

38. Em 2002, publicou-se o *Folheto de indicadores básicos de saúde da América Central e República Dominicana 2002*, que constitui o primeiro exemplo de nível sub-regional com informação subnacional de 34 indicadores. Este folheto é o resultado dos esforços realizados desde 1995 na América Central através do trabalho conjunto dos países como parte do INFOCOM, e foi produzido depois de várias consultas e seminários sub-regionais com as autoridades nacionais.

39. Em 2003, publicou-se o *Folheto de Indicadores Básicos 2003; Situação de saúde na Fronteira México-Estados Unidos*. Trata-se de um conjunto de indicadores básicos para as comunidades irmãs da fronteira México-Estados Unidos que nasceu do esforço do Escritório da Fronteira México-Estados Unidos da OPAS e a participação dos governos do México e dos Estados Unidos em seus diversos níveis. Apresenta informação comparativa de dados entre o nível nacional, com os dados estaduais fronteiriços e dos 29 municípios fronteiriços.

40. Ao menos 15 países desenvolveram sistemas de informação ou contam com informação de dados básicos publicados através da Internet. Entre eles destaca-se o trabalho do Brasil, que conta com um sistema desenvolvido por DATASUS²¹ acessível através da Internet, que inclui séries temporais de vários anos de indicadores de diversas categorias, em nível subnacional.

Perfis subnacionais de saúde e guias metodológicos

41. Alguns países da Região, como Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Nicarágua e Peru, realizaram perfis subnacionais de saúde, muitos dos quais foram apresentados na *II Reunião de Diretores Nacionais de Epidemiologia e Pontos Focais de SHA*, realizada em Brasília em 2002. Na Argentina, por exemplo, a partir de 1997 o

²¹ Ministério da Saúde do Brasil. DATASUS. *Indicadores e Dados Básicos Brasil-2002*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/matriz.htm>.

esforço realizado permitiu gerar e divulgar ao setor de saúde do país os estudos nacionais de análise da situação de saúde e de capacitação de equipes jurisdicionais e nacionais em métodos e instrumentos para a análise de informação epidemiológica, assim como distribuir em todo o país cerca de 10.000 exemplares do folheto com os indicadores de saúde do país, tanto no nível nacional como provincial.

42. O Centro Nacional de Epidemiologia do Brasil, junto com SHA, desenvolveu um guia metodológico para a medição de desigualdades em saúde, com exemplos baseados nos indicadores básicos do país.²²

Recursos investidos na IRDBS

43. Para dar resposta à recomendação do Comitê Executivo de conhecer os recursos investidos na IRDBS, no início de julho de 2004, DD/AIS realizou uma pesquisa *ad hoc*, com apoio dos pontos focais nas Representações da OPAS/OMS nos países e nas Unidades Técnicas do Escritório Central, responsáveis por consolidar diversos indicadores, e ter uma estimativa do orçamento destinado à IRDBS, bem como do pessoal e a porcentagem de tempo dedicado durante o ano para a realização desta atividade (Anexo C).

44. Foram obtidas informações de 19 países da Região; na Tabela do Anexo C se pode ver a distribuição de pessoal que participa na Iniciativa tanto em seu componente Regional como Nacional. É importante observar que para o apoio da IRDBS no nível Nacional, as Representações da OPAS/OMS ajudam os países com um investimento de pouco mais de US\$ 90.000 e a participação de 34 pessoas no processo de coleta, consolidação, verificação, consistência e impressão dos dados.

45. Com relação à parte Regional da IRDBS elaborada em conjunto com outras Unidades Técnicas do Escritório Central, responderam 11 de 14 Unidades consultadas, encontrando que estas unidades investem na IRDBS um total de \$631.100 (Anexo D); é importante assinalar que o Programa Ampliado de Imunizações investe meio milhão de dólares desta soma. Com relação ao pessoal, colaboram na IRDBS 12 pessoas com postos administrativos e 48 pessoas com postos técnicos; este pessoal tem diversas funções nas diferentes Unidades Técnicas e dedicam uma porcentagem de seu tempo a esta Iniciativa. Deve-se ressaltar que DD/AIS investe \$85.000 de custos diretos na IRDBS, mas é a Área que dedica mais pessoal (5 administrativos e 15 técnicos) para apoiar o processo permanente de coleta, consolidação, verificação, consistência e impressão do total dos dados básicos. Recomenda-se a dotação de um posto permanente para estas funções, já que atualmente são realizadas mediante uma equipe com funções múltiplas.

²² Duarte EC, Schneider MC, Souza RP, et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil. Um estudo exploratório*. Fundação Nacional de Saúde. CENEPI, OPAS/SHA, Brasília, 2002.

Perspectivas e desafios

46. A IRDBS é um processo que permite a utilização de informação válida para o planejamento e avaliação do setor de saúde que deve ser consolidada e estendida a níveis subnacionais em todos os países da Região das Américas. É a única iniciativa integral e integradora da informação sanitária para toda a população no setor de saúde das Américas. A experiência alcançada pela OPAS/OMS na IRDBS, tanto na Secretaria como nos países, foi fundamental para garantir a sustentação atual e a melhoria de todo o processo no futuro imediato e a médio prazo. O impacto alcançado quanto à participação e uso da IRBDS nos anos de funcionamento da mesma endossa esta recomendação.

47. No nível dos países, recomenda-se destinar mais recursos humanos a esta atividade, estimular o acesso à informação, análise e difusão, e um maior apoio político e financeiro para a IRDBS. Paralelamente, deve-se fortalecer o desenvolvimento da capacidade técnica nacional para a medição e o uso de informação e análises de situação de saúde. Deve-se definir quais aspectos da cooperação técnica da OPAS/OMS serão necessários para apoiar estes processos, identificando também os recursos técnicos disponíveis nos países.

48. Recomenda-se promover e realizar esforços adicionais na coleta de dados e informação desagregada no nível dos países, em geral, e sobre gênero e grupos com vulnerabilidade especial (por exemplo, indígenas, grupos étnicos, adultos maiores), em particular. Espera-se que a disponibilidade desta informação permita dar melhor seguimento ao monitoramento dos mandados regionais e mundiais (em particular as Metas de Desenvolvimento do Milênio), analisar a situação de desigualdades em saúde e orientar intervenções de saúde seletivas para os grupos menos favorecidos. Os exemplos bem-sucedidos que surjam deste processo deverão ser difundidos em diversos níveis com o fim de generalizar seu uso.

49. Sugere-se apoiar e fortalecer o desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde dos países, assim como melhorar o fluxo de informação entre os países e a OPAS/OMS, mediante a promoção e difusão da mesma nos ministérios da saúde e outros setores relacionados com a saúde. Recomenda-se, também, promover o uso da informação dos sistemas e registros rotineiros para a tomada de decisões em saúde, considerando o uso de pesquisas como um processo complementar. Na sede da OPAS, propõe-se que DD/AIS siga apoiando a IRDBS para contribuir a consolidá-la e mantê-la no futuro.

50. Para avançar no desenvolvimento e implantação dos processos nacionais de dados básicos, recomenda-se a implantação de mecanismos e instrumentos nos países para obter maior consenso e participação das instituições responsáveis pela produção e coleta dos diversos dados, indicadores e informação em saúde, com vistas a facilitar os processos de

validação, harmonização e difusão de dados básicos nacionais. Entre os mecanismos sugeridos estariam: a integração de uma Comissão Geral de Coordenação para condução político-administrativa; um Grupo de Trabalho Interagencial para coordenação técnica; Comitês Técnicos Interdisciplinares para análise metodológica-operacional; Comitês de Manejo de Indicadores para produção e coordenação e uma Secretaria Técnica para definição de processos, propostas e acompanhamento. Como instrumentos, sugere-se contar com: uma Matriz de Indicadores e Notas Técnicas; um planejamento operacional de produtos; e uma base de dados de indicadores comuns e sistemas de informação interoperáveis.

51. Recomenda-se reforçar a coordenação com instituições oficiais, tais como os escritórios e institutos de estatística nacionais, e da sociedade civil, bancos internacionais, organizações internacionais e redes como a de Métricas de Saúde, para fortalecer a saúde pública internacional baseada em resultados com equidade, qualidade e efetividade.

Intervenção do Conselho Diretor

52. Apresenta-se este relatório ao Conselho Diretor por cumprirem-se 10 anos do lançamento da Iniciativa com o propósito de prestar contas sobre este desenvolvimento e arrecadar sugestões e comentários para suas ações futuras.

Anexos

Anexo A. Metas de Desenvolvimento para o Milênio e a Iniciativa de Dados Básicos em Saúde da OPAS*

Metas de Desenvolvimento para o Milênio (MDM)			Atualmente disponível na OPAS	Futuramente disponível na OPAS	Possivelmente disponível na OPAS	Requer um esforço especial	Fonte alternativa
Meta	Objetivo	Indicadores					
1	2	4. Número de crianças menores de cinco anos com peso abaixo do normal	x (D.2.0.9)				
		5. Porcentagem da população abaixo do nível mínimo de consumo de energia alimentar		x(B.1.0.0)			FAO
3	4	9. Relação entre meninos e meninas no ensino primário, secundário e superior					UNESCO, BM
		10. Relação entre as taxas de alfabetização de mulheres e homens na faixa etária de 15 a 24 anos					UNESCO, BM
4	5	13. Taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos	x (C.4.0.9)				
		14. Taxa de mortalidade infantil	x (C.1.10.1 y C.2.0.1)				
		15. Porcentagem de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo	x(E.7.0.1)				
5	6	16. Taxa de mortalidade materna	x(C.5.2.0)				
		17. Porcentagem de partos com assistência de pessoal da saúde especializado	x(E.13.2.0)				
6	7	18. Taxa de morbidade do HIV entre mulheres grávidas na faixa etária de 15 a 24 anos			x		
		19. Índice de uso de anticoncepcionais	x(E.10.2.0)				
		20. Número de crianças órfãs por causa do HIV/Aids				x	
	8	21. Índices de morbidade e mortalidade por malária	x(D.17.0.0)	x(D.17.0.0)	x(óbitos)		
		22. Proporção da população das áreas de risco de malária que usa medidas eficazes de prevenção e tratamento da malária	x(no está en CD)		x		
		23. Taxas de morbidade e mortalidade associadas à tuberculose	x(D.19.0.0 y C.16.0.0)				
		24. Proporção de casos de tuberculose detectados e curados com o tratamento de curta duração sob supervisão direta			x		
7	10	29. Proporção da população com acesso sustentável a um melhor abastecimento de água	x(E.1.0.0)				
	11	30. Proporção da população com acesso a melhores serviços de saneamento	x(E.2.0.0)				
8	13	35. Proporção da AOD destinada a serviços sociais básicos (educação básica, atenção primária de saúde, nutrição, abastecimento de água potável e serviços de saneamento)			x	x	
	17	46. Proporção da população com acesso estável a medicamentos essenciais a preços razoáveis			x	x	

Anexo B: Disponibilidade de Dados da IRDBS para a Região das Américas e subregiões, 1995–2003

Subregião	No. de países	Todos indicadores (363) (n para o período = 3267)			Demográficos (38)	Socioeconômicos (18)	Mortalidade (235)	Morbidade (38)	Recursos, acesso e cobertura (34)
					(n=342)	(n=162)	(n=2115)	(n=342)	(n=306)
		%	Total observado	Total esperado	%	%	%	%	%
América do Norte	3	31.8	3116	9801	92.8	36.0	22.4	30.0	28.1
América Latina	22	40.2	28923	71874	99.7	59.7	29.6	37.5	39.8
<i>Istmo centro-americano</i>	7	38.3	8770	22869	99.7	61.9	26.4	38.4	39.6
<i>Caribe latino</i>	4	38.5	5032	13068	99.7	48.8	29.2	32.8	35.0
<i>Região andina</i>	5	40.4	6596	16335	99.7	62.8	28.7	41.1	42.4
<i>Cone Sul</i>	4	43.2	5643	13068	99.7	60.5	34.3	35.8	40.3
Caribe não-latino	23	21.8	16378	75141	83.1	23.9	11.0	25.0	22.9
Américas	48	30.9	48417	156816	91.3	41.1	20.3	31.0	31.0

As subregiões são definidas em:

- América do Norte: Bermuda, Canadá e Estados Unidos
- América Latina: Região andina, Brasil, Istmo centro-americano, Caribe latino, México e Cone Sul.
- Istmo centro-americano: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.
- Caribe latino: Cuba, República Dominicana, Haiti e Porto Rico.
- Região andina: Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.
- Cone Sul: Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai.
- Caribe não-latino: Anguila, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens (RU), Ilhas Virgens (EUA), Dominica, Guiana Francesa, Granada, Guadalupe, Guiana, Jamaica, Martinica, Montserrat, Antilhas Holandesas, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e as Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago.

Anexo B (cont.) Disponibilidade de valores para os indicadores desagregados da IRDBS por subregiões para o período 1995-2004. Porcentagem de disponibilidade com relação ao valor esperado de 100%

Subregião	No. de Países	Todos os indicadores (363) (n para o período=3630)			Demográficos (38) (n=380)	Socioeconômicos (18) (n=180)	Mortalidade (235) (n=2350)	Morbilidade (38) (n=380)	Recursos, Acesso e Cobertura (34) (n=340)
		%	Disponíveis	Total	%	%	%	%	%
América do Norte	3	60.8	5956	9801	100.0	38.3	55.1	30.1	28.4
América Latina	22	55.6	39965	71874	100.0	64.2	44.4	37.9	39.4
<i>Istmo centro-americano</i>	7	56.8	12981	22869	100.0	66.5	45.5	39.5	39.6
<i>Caribe latino</i>	4	56.3	7357	13068	100.0	51.0	48.0	32.5	34.2
<i>Região Andina</i>	5	48.8	7976	16335	89.7	56.6	25.8	37.0	38.1
<i>Cono Sul</i>	4	59.3	7750	13068	100.0	66.8	49.5	36.3	39.9
Caribe não Latino	23	31.7	23821	75141	91.3	24.5	18.6	24.2	23.8
Américas	48	47.6	105806	222156	95.8	43.6	32.7	30.9	31.3

As subregiões são conformes à:

- América do Norte: Bermuda, Canadá e Estados Unidos
- América Latina: Região andina, Brasil, Istmo centro-americano, Caribe latino, México e Cone Sul.
- Istmo centro-americano: Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá.
- Caribe latino: Cuba, República Dominicana, Haiti e Porto Rico.
- Região andina: Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela.
- Cone Sul: Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai.
- Caribe não-latino: Anguila, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Ilhas Cayman, Ilhas Turcas e Caicos, Ilhas Virgens (RU), Ilhas Virgens (EUA), Dominica, Guiana Francesa, Granada, Guadalupe, Guiana, Jamaica, Martinica, Montserrat, Antilhas Holandesas, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e as Granadinas, Suriname, Trindade e Tobago.

Anexo C. Recursos investidos anualmente na IRDBS pelos países em âmbito regional e nacional. Julho, 2004

País	Regional					Nacional				
	Orçamento alocado por ano em US\$	Postos				Orçamento alocado por ano em US\$	Postos			
		G *		P **			G *		P **	
		No.	%***	No.	%***		No.	%***	No.	%***
Argentina		1	0.1	1	0.2	5000	2	0.1	1	4.2
Bolívia				2	10.0	12000	1	5.0	1	35.0
Brasil		1	7.5	1	7.5	7500	1	7.5	1	7.5
Chile		1	7.5	1	7.5	3000	1	7.5	1	7.5
Colômbia				1	5.0	2800			1	5.0
Costa Rica				1	8.3	3000			4	4.9
Cuba		1	3.0	1	3.0	5000	1	3.0	1	3.0
Equador		1	5.0	1	10.0	2500	1	5.0	1	20.0
El Salvador				1	12.0	5118			3	24.0
Guatemala		1	15.0	1	10.0	2500	1	30.0	1	20.0
Honduras				1	1.0	4000			1	10.0
México						4000				
Nicarágua				1	2.5	16900			1	17.5
Panamá		1	4.0	1	4.0	2600	1	4.0	1	4.0
Paraguai		1	0.5	1	0.5	500	1	1.0	1	1.5
Peru				1	5.0	2500			1	5.0
República Dominicana				1	10.0	3500	1	1.5	1	15.0
Uruguai				1	15.0	2600			1	15.0
Venezuela						6000			1	20.0
Total	0	7	5.3	17	6.8	91018	10	5.9	21	12.3

* Postos administrativos

** Postos técnicos

*** Porcentagem média por pessoa

**Anexo D. Recursos investidos anualmente na IRDBS pelas unidades do
escritório central da OPAS. Julho, 2004**

Unidade	Regional				
	Orçamento alocado por ano em US\$	Postos			
		G *		P **	
		No.	%***	No.	%***
AD/DPC/CD	5000			4	5
AD/DPC/CD/TB				2	11.1
AD/DPC/NC				1	2
AD/DPC/VP	1100	3	14.0	6	13.7
AD/FCH/AIS		1	25.0	1	10
AD/FCH/IM	500000	1	70.0	7	12.1
AD/FCH/WM		1	15.0	2	12.5
AD/GE				1	1
AD/SDE/RA				2	0.8
AD/THS/OS	20000	1	5.0	2	7.5
DD/AIS	85000	5	6.5	15	19.9
DPM/SDH/HP	20000			4	15
DPM/SDH/HR				1	50
Total	631100	12	15.7	48	13.4

* Postos administrativos

** Postos técnicos

*** Porcentagem média por pessoa
