



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

Tema 3.1 da Agenda Provisória

CE130/5 (Port.)
13 mayo 2002
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 36ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

O Subcomitê de Planejamento e Programação realizou a sua 36ª Sessão na sede da Organização, em Washington, D.C., em 25 e 26 de março de 2002.

A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pelo Diretor: Canadá, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos da América, Guiana, Honduras e Uruguai. Estiveram também presentes observadores de Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Jamaica e México.

Foram eleitos para fazer parte da mesa os representantes de El Salvador (Presidente), da Guiana (Vice-presidente) e do Cuba (Relator).

Durante a sessão, consideraram-se os seguintes temas da agenda provisória :

- Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002;
- Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007;
- Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);
- Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho;
- Saúde e Envelhecimento;

- Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna;
- Mulher, Saúde e Desenvolvimento;
- Resposta da Saúde Pública para as Doenças Crônicas; e
- Centro Pan-Americano.

Em anexo, encontra-se o relatório final da sessão.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



36ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 25-27 março 2002

CE130/5 (Port.)
Anexo

SPP36/FR (Port.)
27 março 2002
ORIGINAL: ESPANHOL

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Mesa Diretora	3
Abertura da Sessão	3
Aprovação da Agenda e do Programa das Sessões	4
Apresentação e Discussão dos Temas	4
Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002.....	4
Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007.....	7
Atenção Integrada às Doenças da Infância.....	12
Ampliação da Proteção Social na Saúde:	
Iniciativa Conjunta Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Internacional do Trabalho.....	15
A Saúde e o Envelhecimento.....	20
Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna.....	23
A Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento.....	25
Resposta da Saúde Pública para às Doenças Crônicas.....	29
Centros Pan-Americanos.....	32
Outros Assuntos	36
Encerramento da Sessão	36
 Anexo A: Agenda	
Anexo B: Lista dos Documentos	
Anexo C: Lista de Participantes	

RELATÓRIO FINAL

A 36ª Sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) realizou-se na Sede da Organização, em Washington, D.C., em 25 e 26 de março de 2002.

A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou indicados pelo Diretor: Canadá, Chile, Cuba, El Salvador, Estados Unidos da América, Guiana, Honduras e Uruguai. Estiveram também presentes observadores do Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Jamaica e México.

Mesa Diretora

Os seguintes Estados membros foram eleitos para fazer parte da Mesa Diretora do Subcomitê na 36ª Sessão:

Presidente: El Salvador (Dr. José Francisco López Beltrán)

Vice-Presidente: Guiana (Dr. Rudolph O. Cummings)

Relator: Cuba (Dr. Antonio D. González Fernández)

Sir George Alleyne (Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como Secretário ex officio e a Dra. Karen Sealey (Chefe, Serviço de Análise e Planejamento Estratégico) atuou como Secretária Técnica.

Abertura da Sessão

O Diretor abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, estendendo boas-vindas especiais aos observadores, cuja presença foi evidência do compromisso dos Estados Membros com o Comitê. As sessões do Subcomitê de Planejamento e Programação eram sempre muito produtivas e ofereciam respostas muito úteis para o trabalho da Secretaria, e estava certo de que a 36ª Sessão não seria exceção. Como nos anos anteriores, ele incentivou representantes a verem os documentos como "trabalho em processo", que seria revisado e acrescido considerando os comentários do Subcomitê. Para manter os esforços da Secretaria no sentido de envolver seus parceiros em muitas de suas atividades, procurou-se a colaboração de um Membro Estado, a Jamaica, e outra organização internacional, a Organização Internacional do Trabalho, na preparação de dois dos documentos. Mais uma vez, os esforços unidos se provaram extremamente frutíferos, e ele tinha certeza de que os documentos resultantes provocariam um rico debate.

O Presidente apresentou suas boas-vindas e agradeceu aos Membros os seus votos de confiança pela eleição de El Salvador para atuar como Presidente do Subcomitê.

Aprovação da Agenda e do Programa de Sessões (Documentos SPP36/1, Rev. 1 e SPP36/WP/1)

De acordo com a Regra 2 das Regras de Procedimento, o Subcomitê aprovou a agenda provisória e um programa de sessões.

Apresentação e Discussão dos Temas

Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas, 1999-2002 (Documento SPP36/3)

O Dr. Germán Perdomo (Assessor Sênior de Política, Serviço de Análise e Planejamento Estratégico, OPAS) sublinhou os resultados da avaliação intermediária das Orientações Estratégicas e Programáticas (OEPs) para 1999-2002, que a Secretaria empreendeu de acordo com a Resolução CSP25.R4. Essa resolução, aprovada pela 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 1998, solicitou que o Diretor aplicasse as OEPs na programação de cooperação técnica e estimasse o impacto dessa cooperação técnica, usando as OEPs como quadro de referência, e então relatar aos Órgãos Diretores. A avaliação intermediária, realizada de abril a junho de 2001, visava a assentar as bases para a avaliação final a ser apresentada aos Órgãos Diretores posteriormente e também fornecer insumos para o desenvolvimento do plano estratégico para 2003-2007.

A avaliação tinha três objetivos principais: (1) explorar o conhecimento, atitudes e práticas dos funcionários do Departamento em relação à formulação das OEPs e sua utilização subsequente; (2) medir o progresso feito na consecução das metas regionais; e (3) determinar o grau em que as orientações estratégicas informaram a programação de cooperação técnica. O Documento SPP36/3 resumiu os resultados. Dentre os principais resultados, a avaliação mostrou que a grande maioria (87%) dos membros profissionais da equipe estavam familiarizados com as OEPs e que estas estavam sendo aplicadas em uma alta porcentagem (por volta de 90%) dos projetos de cooperação técnica e atividades similares. Devido à falta de informação e outros problemas, somente 23 das 29 metas regionais estabelecidas segundo as OEPs foram analisadas. Algumas metas já foram alcançadas em junho de 2001, e a maioria podia ser alcançada até o fim de 2002. Todas foram consideradas alcançáveis a longo prazo, desde que se contasse com os recursos financeiros necessários e outros suportes.

Quanto à estimação do impacto da cooperação técnica no quadro das OEPs, o Dr. Perdomo apontou várias dificuldades metodológicas que prejudicaram a avaliação do impacto em geral e a avaliação do impacto da cooperação técnica in particular —notadamente, o fato de que a OPAS não era a única organização fornecendo cooperação técnica nos países, o que tornou difícil destacar precisamente os efeitos dessas atividades. Ele concluiu descrevendo o enfoque a ser adotado para preparar a avaliação final a ser apresentada ao Comitê Executivo em junho e à 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro. Essa avaliação mostrará o progresso feito no alcance de todas as 29 metas, usando 1998 como uma base, para a região como um todo e em cada Estado Membro e o cumprimento das 17 orientações programáticas. A avaliação também extrairia lições aprendidas em relação ao processo de definição de metas regionais, fixação de prioridades, adoção de objetivos e estratégias e monitoramento e avaliação. Espera-se que essa informação seja extremamente útil para futuros planejamentos estratégicos.

O Subcomitê concordou que a avaliação das OEPs para 1999-2002 foi de importância crucial não só para determinar o que foi alcançado durante o quadriênio mas para guiar o planejamento para 2003-2007. Embora o Subcomitê tenha incentivado a Secretaria a manter a avaliação final o mais simples e direta possível, houve o consenso de que o documento a ser apresentado à Conferência deveria conter mais informações detalhadas, principalmente em relação às metas regionais e como elas seriam alcançadas até o fim de 2002. Muitos delegados notaram que as metas regionais eram um tanto ambiciosas e que, devido ao progresso limitado em relação a algumas metas até agora, talvez não seja possível alcançá-las até o fim do quadriênio. Sendo esse o caso, um objetivo da avaliação final deve ser o de identificar metas que serão levadas ao período 2003-2007.

O Subcomitê também considerou que a avaliação final deveria examinar o grau em que as OEPs influenciaram a programação de saúde e as políticas nos países, reconhecendo que as prioridades em algumas sub-regiões e países às vezes podem se desviar das OEPs porque eles têm problemas de saúde e necessidades diferentes. Além do mais, sugeriu-se que a avaliação deveria examinar a extensão em que os sistemas e serviços de saúde estavam efetuando ações para melhorar a qualidade de vida para a população do ponto de vista da assistência de saúde primária, prevenção da doença e promoção da saúde. Considerou-se importante examinar diferentes grupos dentro dos países, porque os dados nacionais não refletem necessariamente a situação de certos grupos e regiões dentro dos países. Muitos delegados indicaram que uma análise do efeito das OEPs no âmbito nacional pode também render informação útil para a estimativa do impacto da cooperação técnica da OPAS e sua efetividade em atender as necessidades dos países.

Vários participantes comentaram que, embora a Secretaria fosse responsável por algumas das metas regionais, outras dependiam da ação nacional, o que, por sua vez, muitas vezes dependia da disponibilidade dos recursos de desenvolvimento de outras agências além da OPAS. Sugeriu-se que as futuras orientações estratégicas e programáticas devem diferenciar entre metas realmente administráveis pela Secretaria e metas que a Secretaria monitorizaria mas não seria responsável por sua realização. Em relação a isso, um delegado propôs que os Órgãos Diretores deveriam talvez reconsiderar a mudança de política que ocorreu em 1994, quando as OEPs eram consideradas responsabilidade exclusiva da Secretaria, e não da Organização como um todo.

O Subcomitê mostrou preocupação em relação às brechas de informação identificadas pela avaliação intermediária. Sugeriu-se que, na escolha de futuras metas regionais, a Organização deve levar em conta as vantagens e as desvantagens dos sistemas de informação de saúde existentes e sua capacidade de produzir os dados necessários para monitorização e avaliação. Entretanto, também foi apontado que a falta de dados para medir algumas metas não era de todo ruim, já que às vezes a fixação de objetivos não só inspirou ações para atender necessidades importantes da saúde mas também produziu esforços para melhorar a coleta de dados para rastrear sua consecução. Um delegado notou que, enquanto os sistemas de informação estavam sendo melhorados para produzir os dados necessários, poderiam ser usados indicadores alternativos para demonstrar o progresso.

Finalmente, em vista da falta de informação, alguns delegados sugeriram que o período de avaliação deve ser prolongado até depois do fim de 2002 a fim de permitir mais tempo para juntar a informação necessária para determinar se as metas regionais foram ou não alcançadas e também realizar uma avaliação mais profunda sobre o impacto das OEPs em cada país. Para este fim, um delegado propôs que o Subcomitê recomendasse ao Comitê Executivo que adiasse a avaliação final até 2003.

O Dr. Perdomo agradeceu aos delegados por suas sugestões, que a Secretaria terá em mente na preparação da avaliação final. Ele sublinhou dois pontos que surgiram na discussão do Subcomitê: a necessidade de avaliar a extensão com que as OEPs foram incorporadas nos planos e políticas no âmbito nacional e a mudança crucial em deixar de considerar as OEPs uma responsabilidade da Organização como um todo para considerá-las responsabilidade exclusiva da Secretaria.

O Diretor concordou que as metas regionais foram ambiciosas, mas acreditava ser importante evitar a escolha de metas que pudessem ser alcançadas muito facilmente. Por outro lado, as metas não devem ser tão estratosféricas a ponto de nunca serem alcançadas. Era necessário haver um equilíbrio. Ele considera que os Órgãos Diretores, no passar dos anos, fizeram um bom trabalho na procura de tal equilíbrio nas orientações estratégicas e programáticas que eles aprovaram.

A avaliação intermediária detectou sinais de alarma em relação a algumas metas. A falta de progresso na redução da mortalidade infantil e na triagem da sífilis em bancos de sangue, por exemplo, eram motivos para sérias preocupações, como a falta de fontes de informação em assuntos como o uso do tabaco. As brechas de informação reveladas pela avaliação apontaram a importância da melhora na coleta de dados. Com o passar dos anos, a Organização investiu uma quantia enorme para ajudar os países a produzir dados de qualidade, já que a OPAS estava comprometida em somente publicar informação oficial fornecida por Governos Membros. As deficiências expostas pela avaliação sublinham a necessidade de redobrar os esforços para produzir a informação necessária.

Em relação ao assunto fundamental da responsabilidade pelas OEPs, quando a Conferência Sanitária Pan-Americana considerou as orientações estratégicas e programáticas em 1994, os Governos Membros enfatizaram que queriam uma declaração clara de qual seria a responsabilidade da Secretaria - não só o que a Secretaria estava comprometida em realizar, mas as questões que cairiam sob sua jurisdição e responsabilidade. Ele acreditava que tinha sido uma decisão correta a de manter a Secretaria responsável por certas metas e atividades. Todavia, concordou com a sugestão da Secretaria de que a avaliação deve tentar determinar como as OEPs informaram políticas e programas em Estados Membros.

Quanto à sugestão de que seria preferível apresentar a avaliação final aos Órgãos Diretores em 2003, ele concordou que a extensão do prazo de entrega permitiria que a Secretaria efetuasse uma análise mais abrangente e fornecesse um quadro mais completo do quadriênio. Contudo, a resolução aprovada pelos Órgãos Diretores em 1998 pediu que a avaliação fosse apresentada no fim do período de quatro anos. Além disso, seria necessário que em setembro a 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse um novo plano estratégico para o próximo período. Ele então propôs que a avaliação seja apresentada aos Órgãos Diretores no fim de 2002, como foi planejado, mas entendendo que a Secretaria continuará trabalhando para refiná-la à medida que os dados adicionais ficassem disponíveis em 2003.

O Subcomitê não recomendou que a Secretaria adiasse a avaliação final das OEPs para 2003.

Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana, 2003-2007

A Dra. Karen Sealey (Chefe, Serviço de Análise e Planejamento Estratégico, OPAS) apresentou o plano estratégico para o período 2003-2007, enfatizando que a formulação do plano foi guiada pelos princípios de equidade e de pan-americanismo, ideais com os quais a OPAS se comprometeu durante seus 100 anos de história. Como as orientações estratégicas e programáticas para 1999-2002, o plano estratégico proposto se concentrou no que a Repartição Sanitária Pan-Americana, enquanto Secretaria da OPAS, faria para apoiar as metas dos Estados Membros da Organização.

Para começar, resumiu os aspectos essenciais do processo de planejamento, que procurou não só esclarecer o que a Secretaria faria nos próximos cinco anos e escolher prioridades regionais para cooperação técnica e alocação de recursos, mas também descrever como isso seria feito para identificar abordagens estratégicas e formas de melhorar o desempenho da Secretaria. O processo também procurou incorporar um esquema de monitorização e avaliação que possibilite a avaliação dos resultados das prioridades técnicas e das iniciativas de desenvolvimento organizacionais que a Secretaria esperava empreender. Passou em revista os valores que guiariam o trabalho da Repartição (equidade, excelência, solidariedade, respeito, integridade) e sua visão, missão e funções, salientando que o objetivo principal da RSPA era ajudar os países das Américas a se ajudar e ajudar uns aos outros para melhorar a saúde e condições e sistemas relacionados.

O plano a ser apresentado ao Subcomitê foi o resultado de um extenso processo de análise e consultoria com funcionários de todos os níveis da Organização, Governos Membros e interessados externos. A análise externa identificou três grandes forças de mudança que eram cruciais para o desenvolvimento da Saúde na Região: globalização, mudança ambiental e ciência e tecnologia. Os diversos padrões e tendências demográficas e epidemiológicas em determinantes de saúde na Região também modelariam a abordagem da Secretaria para a cooperação técnica com os países. Quanto à análise interna, uma pesquisa das percepções dos gerentes acerca dos pontos fortes e fracos da Repartição e um rápido diagnóstico organizacional renderam um melhor entendimento de seu desempenho e forneceram uma base para o processo de monitorização do desenvolvimento organizacional. O plano descrito no documento descreveu a resposta da RSPA à situação revelada pelas análises internas e externas. São identificadas três importantes áreas de ação: grupos especiais (populações pobres ou de baixa renda, grupos étnicos e raciais, e mulheres); países essenciais (países pobres muito endividados e/ou países que, por causa de seu nível relativamente baixo de desenvolvimento da saúde, precisavam ser o centro do interesse coletivo dos Estados Membros da OPAS, principalmente Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua); e áreas de prioridade técnica.

A meta geral da cooperação técnica da RSPA seria a de reduzir o excesso de mortalidade, morbidade e deficiência durante o ciclo da vida, especialmente entre os pobres e outros grupos que estavam experimentando iniquidades na saúde. O plano identificou oito áreas prioritárias para a cooperação técnica destinada a alcançar essa meta e seis indicadores dessa consecução. Para cada área de cooperação técnica, também resumiu os temas e desafios principais a serem abordados, os pontos fortes e fracos e as oportunidades da RSPA para ação, os objetivos da cooperação técnica e as estratégias a serem empregadas na consecução desses objetivos. A Dra. Sealey indicou que alguns objetivos estavam claramente além do interesse manejável da Secretaria e sua consecução iria, portanto, requerer ação conjunta com outras agências, assim como um compromisso

dos países. Ela concluiu sublinhando os temas gerais que a Secretaria se empenharia em abordar durante o período 2003-2007 a fim de adicionar valor e aumentar a efetividade e a eficiência de sua cooperação técnica.

O Subcomitê elogiou a Secretaria, e a Dra. Sealey em particular, pela qualidade do documento, que apresenta uma visão abrangente das questões que os países da Região enfrentam e reflete os princípios de equidade e pan-americanismo. Muitos delegados opinaram que o plano estratégico proposto representava uma melhora substancial em relação a outros esquemas estratégicos e programáticos. O Subcomitê também viu com satisfação a inclusão de objetivos organizacionais específicos relacionados ao desenvolvimento organizacional e ao desempenho e elogiou a Secretaria por sua franqueza em reconhecer que podiam ser feitas melhorias nos processos administrativo e de preenchimento de vagas, assim como no planejamento, programação e avaliação. Todos os delegados elogiaram os esforços da Secretaria em envolver o maior número de interessados possível - internos e externos - no processo de identificação das prioridades e formulação do plano. Em relação a isso, sugeriu-se que seria útil para os Estados Membros terem acesso às análises realizadas em preparação para o desenvolvimento do plano.

Expressou-se certa preocupação em relação ao grande número e amplitude de prioridades e áreas potenciais de atividades identificadas no plano, principalmente em vista da probabilidade da Organização continuar a enfrentar pressões orçamentárias no futuro. Em relação às questões orçamentárias, também foi apontado que o plano estratégico proposto não encontraria expressão no orçamento da Organização até 2004, já que o programa orçamentário bienal para 2002-2003 refletia as orientações estratégicas e programáticas para 1999-2002. Muitas perguntas foram feitas em relação à ligação entre as prioridades do plano estratégico e aquelas contidas no Programa Geral do Trabalho da OMS para 2002-2005. Considerando os desafios da cooperação de desenvolvimento sublinhados no documento e a dependência dos países pobres em relação à assistência externa, sugeriu-se também que talvez devesse haver um maior esforço de vincular as prioridades da OPAS àquelas de outras agências no setor do desenvolvimento. Além disso, sugeriu-se que, na elaboração do quadro para a implementação do plano, a Secretaria deve se empenhar em estratificar intervenções para ajudar países com menos recursos a decidir quais linhas de ação eles devem empreender.

Como na discussão anterior das OPEs para 1999-2002, alguns delegados mantiveram que os objetivos devem ser vistos como uma responsabilidade conjunta da Secretaria e dos Estados Membros. Um delegado opinou que o plano estratégico deveria ser reescrito para melhor refletir esse compromisso conjunto. Para isso, ele propôs que o Comitê Executivo nomeasse um grupo ad hoc, composto de delegados dos Estados Membros designados pelo Comitê e pelo Diretor, para elaborar o novo documento.

Os Membros fizeram várias sugestões específicas para melhorar o plano e muitos também enviaram comentários adicionais escritos. Em relação à descrição do contexto e do ambiente para o desenvolvimento e a execução do plano estratégico, sugeriu-se que a inclusão de tabelas ou gráficos ajudaria a ilustrar a informação mais claramente. Um delegado notou que a seção sobre globalização parece apresentar uma visão bastante negativa e sugeriu que a Secretaria reexaminasse a seção para apresentar uma estimativa mais equilibrada dos efeitos da globalização na saúde. Outro delegado recomendou que a declaração da visão, segundo a qual a RSPA seria "o catalisador principal" para assegurar que todos os povos das américas gozem de uma saúde perfeita, seja mudada para "um catalisador principal", já que várias outras agências nacionais e internacionais também estavam trabalhando para melhorar a saúde nas Américas.

Muitos delegados enfatizaram a necessidade de maior ênfase na promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. Assinalou-se que todos os indicadores para monitorar a consecução da meta geral para a cooperação técnica da RSPA tinham a ver com a redução da morbidade e mortalidade. Embora se tenha reconhecido a dificuldade de desenvolver indicadores para medir a promoção da saúde e as melhoras na qualidade de vida, incentivou-se a Secretaria a tentar incorporar esses indicadores. Muitos delegados também assinalaram a necessidade de mencionar crianças e povos indígenas explicitamente entre os grupos especiais a serem visados no plano e incluir prioridades especiais para eles. Outras sugestões incluíam a incorporação de objetivos específicos relacionados a HIV/AIDS, tuberculose, redução da resistência antimicrobiana, hipertensão e melhora dos laboratórios de saúde pública como uma função essencial da saúde pública. Além do mais, muitos delegados apontaram que o bioterrorismo e outras formas de terrorismo representam uma ameaça à saúde e ao bem-estar dos povos das Américas e que enfrentar essa ameaça deve ser prioridade para todos os países e para a OPAS, que há muito tem sido líder na prontidão para emergências e mitigação de desastres na Região.

A Dr. Sealey agradeceu aos delegados seus comentários detalhados, que a Secretaria terá em mente na revisão do documento para o Comitê Executivo. Ela assinalou que o Subcomitê sugeriu a inclusão de várias prioridades adicionais, mas, infelizmente, os Membros não ofereceram muita orientação em relação a quais prioridades devem ser eliminadas para dar espaço a essas novas prioridades. Mas ficou claro que a Secretaria precisava continuar trabalhando para refinar o processo de escolha das prioridades, com base na informação que tinha à disposição e tendo em mente que era necessário refletir as prioridades da Região como um todo. Obviamente, alguns assuntos tinham maior prioridade para alguns países e nem todas as prioridades nacionais podiam ser incluídas. Com respeito as sugestões sobre os grupos indígenas e crianças, assinalou que os grupos indígenas foram incluídos dentro dos "grupos étnicos e raciais". O objetivo era identificar grupos que, por causa da raça ou classificação étnica ou outras razões, estavam experimentando iniquidades na saúde. Contudo, a Secretaria irá pensar

novamente na idéia de colocar tanto os grupos indígenas quanto as crianças em grupos específicos.

Respondendo à recomendação de que a Secretaria proporcionasse aos Estados Membros a informação usada no desenvolvimento do plano, ela disse que os documentos analíticos mais importantes estariam disponíveis no site da Organização. Quanto às sugestões relacionadas aos indicadores para medir a consecução das metas gerais da cooperação técnica, a Secretaria tem se esforçado para achar indicadores que reflitam não só morbidade e mortalidade mas também resultados na promoção da saúde e melhora da qualidade de vida. Ela concordou que o plano deve incluir esses indicadores, embora os dados disponíveis agora nos países possam dificultar a medida do progresso nessas áreas. Quanto à estratificação das intervenções, ela concordou que, em vez de sugerir estratégias de cobertura para todos os países, seria preferível fazer sugestões sobre que tipos de estratégias e atividades seriam mais úteis para certos tipos de países, entendendo que os países fariam a escolha final de acordo com suas necessidades e meios.

Em relação aos comentários sobre a vinculação entre o plano estratégico e o orçamento da Organização, ela assegurou ao Subcomitê que isso foi levado em conta. Os Membros devem se lembrar que a SPP discutiu a política regional orçamentária em 2000, e acordou-se que depois do desenvolvimento do plano estratégico a questão do orçamento seria reexaminada para assegurar que o plano estava dirigindo a alocação de recursos. Era verdade que o plano estratégico, se aprovado, não estaria totalmente refletido no programa orçamentário bienal (POB) até 2004. Contudo, o processo de programação era flexível o suficiente para acomodar o novo plano. Na avaliação intermediária do POB de 2002-2003, as várias unidades técnicas seriam solicitadas a ajustar seus programas correntes para refletir o plano aprovado pelos Órgãos Diretores. Quanto à vinculação entre as prioridades identificadas sob o plano estratégico e as prioridades da OMS, assegurou ao Subcomitê que a Secretaria havia cuidadosamente comparado os dois conjuntos de prioridades e verificou serem totalmente congruentes. Se algumas prioridades da OMS não estavam explicitamente contidas no plano estratégico, é porque elas não eram consideradas prioridades para a região das Américas como um todo.

O Diretor observou que ele tomou parte em vários exercícios de planejamento estratégico e que raramente havia testemunhado um processo mais participativo ou interativo. Os antecedentes do plano foram discutidos pelos Órgãos Diretores em diversas ocasiões. Várias versões do documento foram enviadas aos países e eles foram convidados repetidamente a comentá-las. Evidentemente, não foi possível incorporar todos os comentários recebidos, mas ele acreditava que o processo havia sido genuinamente participativo e estava confiante em que o plano proposto refletia completamente as prioridades que os países gostariam que a Secretaria seguisse. As sugestões do Subcomitê, que claramente refletiam a revisão cuidadosa e detalhada dos Membros, permitiriam que a Secretaria continuasse melhorando o plano para a reunião do Comitê Executivo em junho.

Em relação ao tema das responsabilidades da Secretaria versus as da Organização como um todo, ele acreditava que os Órgãos Diretores tinham dado um importante passo à frente em 1994 quando concordaram que era necessário que a Secretaria declarasse claramente suas intenções. Esse foi um aspecto fundamental da boa administração em organizações como a OPAS, já que a Secretaria era o curador dos recursos distribuídos pelos Estados Membros. Era muito importante fazer essa distinção e manter a Secretaria responsável. Além disso, a OPAS não era uma organização supragovernamental que procurava impor ações aos países, e a Secretaria portanto jamais diria que os Estados Membros tinham que aceitar as prioridades identificadas. Projetos de cooperação técnica no âmbito nacional estão relacionados às prioridades estabelecidas por cada país. Mas ele acreditava que havia um consenso entre os países das Américas sobre certas prioridades que deveriam guiar a cooperação técnica regional.

Quanto à declaração da visão, considerava importante preservar a redação atual. Certamente, havia outras agências trabalhando para melhorar a saúde nas Américas, mas a RSPA realmente aspirava a ser a melhor dentre elas. Em relação à vinculação das prioridades da OPAS com as de outros setores e organizações, há muitos anos a Secretaria vem trabalhando em prol de uma coordenação mais estreita com instituições financeiras internacionais. A Agenda Coletiva para a Saúde nas Américas, assinada pela OPAS, pelo Banco Mundial e pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento em 2000, foi uma expressão desse esforço. O plano estratégico, se aprovado pelos Órgãos Diretores, fornecerá uma base para diálogos futuros com parceiros no setor financeiro e outros setores.

Em resposta à sugestão de que um grupo ad hoc seja designado para revisar o documento antes da reunião do Comitê Executivo em junho, afirmou que seria extremamente difícil organizar uma reunião de tal grupo e produzir um novo documento antes da reunião do Comitê em junho. Portanto, instou o Subcomitê a não recomendar esse curso de ação. Contudo, a Secretaria iria receber insumos contínuos de países enquanto ele trabalhava para refinar o plano em preparação para o seu envio ao Comitê Executivo.

O Subcomitê não recomendou a criação de um grupo ad hoc para reformular o plano estratégico.

Atenção Integrada às Doenças da Infância (Documento SPP36/5)

O Dr. Yehuda Benguigui (Consultor Regional em Atenção Integrada a Doenças da Infância, OPAS) sublinhou o progresso feito na aplicação da estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes da infância (AIDPI) na Região e destacou os obstáculos principais para a ampliação da implementação da estratégia e a extensão de seus benefícios a todas as crianças das Américas. A estratégia AIDPI, desenvolvida

conjuntamente pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1992, foi reconhecida como uma das intervenções mais eficazes em função do custo para a redução da morbidade e mortalidade e melhoria da atenção e nutrição de crianças durante seus primeiros cinco anos de vida. O Conselho Diretor da OPAS adotou uma resolução em 1999 solicitando que os Estados Membros adotassem e ampliassem a implementação da estratégia e que o Diretor apoiasse ativamente o processo. No mesmo ano, a OPAS lançou a iniciativa "Crianças Saudáveis: Meta 2002", que visa a prevenir 100.000 mortes de crianças com menos de cinco anos durante o período 1999-2002 e assegurar acesso à estratégia, principalmente para os grupos mais vulneráveis.

No final de 2001, 17 dos países da Região haviam adotado a estratégia e todos aderiram a "Crianças Saudáveis: Meta 2002". Os resultados foram altamente positivos. Avaliações revelaram melhoras significativas em vários indicadores da qualidade de assistência e reduções substanciais nas mortes por doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, que representam a maior proporção de mortalidade de todos os problemas de saúde infantis visados pela estratégia AIDPI. Contudo, os benefícios evidentes da estratégia na prevenção de doenças e promoção da saúde ainda tinham que alcançar muitas crianças no hemisfério. O Documento SPP36/5 resumiu os principais desafios para a ampliação do uso da estratégia AIDPI e propôs várias ações para enfrentar esses desafios. Solicitou-se que o Subcomitê comentasse as ações propostas e sugerisse medidas para aumentar o acesso à AIDPI, incorporando o treinamento da AIDPI na educação dos agentes de saúde, adicionando novos componentes à estratégia para se ajustar melhor aos diferentes perfis epidemiológicos dos países, incentivando o uso das 16 práticas familiares identificadas pela OPAS/OMS e a UNICEF para assegurar o crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças e mobilizando recursos para ampliar a aplicação da AIDPI.

O Subcomitê expressou apoio unânime à estratégia AIDPI e elogiou o progresso feito na melhora da saúde infantil nos países que estavam aplicando a estratégia. Embora alguns delegados tenham dito que seus governos não adotaram a AIDPI como uma estratégia oficial dentro de seus programas nacionais de saúde, indicaram que abordagens similares estavam sendo aplicadas em seus países com bons resultados. O Subcomitê também sublinhou a importância da monitorização e avaliação para identificar as melhores práticas e evitar "reinventar a roda". A disseminação de informações sobre as experiências - bem-sucedidas e malsucedidas - com a AIDPI era, portanto, uma função crucial da OPAS, bem como a assistência na melhora da coleta de dados para que os países possam medir o impacto da estratégia. Muitos países se prontificaram a compartilhar sua experiência com outros países da região.

Alguns delegados consideraram que nenhum componente deveria ser adicionado à estratégia AIDPI até ela ser totalmente implementada pela Região. A necessidade de atingir crianças indígenas e outros grupos vulneráveis foi enfatizada. Entretanto, outros delegados afirmaram que a estratégia deveria ser adaptada ao perfil epidemiológico e às

necessidades específicas de cada país e comunidade local. Esses delegados chamaram a atenção para a necessidade de abordar problemas como a malária, o HIV/AIDS, a violência, acidentes e maus-tratos infantis, que eram prevalentes em alguns países e tinham um enorme impacto na saúde infantil.

A importância do componente educacional da estratégia foi salientado. A educação de famílias - especialmente das mães - foi considerada crucial para a efetividade da estratégia. Muitos delegados assinalaram que a saúde infantil é inseparável da saúde materna e enfatizaram a necessidade de uma boa assistência pré-natal a fim de assegurar bebês saudáveis que sobrevivam e se tornem crianças e adultos saudáveis. A comunicação de massa e a educação comunitária também foram vistas como cruciais. Em relação à educação dos profissionais de saúde, era necessário aumentar o conhecimento e uso da AIDPI entre praticantes e estudantes. Para isso, sugeriu-se examinar as possibilidades de treinamento no campo e programas de incentivo.

Os delegados fizeram várias sugestões específicas para melhorar o documento, incluindo a incorporação de mais informações detalhadas sobre os grupos de crianças vulneráveis que não estavam sendo atingidos pela estratégia AIDPI e comparações dos dados sobre o uso de drogas que adotaram a AIDPI com dados de países que não estavam aplicando a AIDPI. Um delegado sugeriu que, a fim de refletir melhor o foco da estratégia na criança e na promoção da saúde infantil, a Organização poderia rebatizá-la de "assistência integrada da saúde infantil".

O Dr. Benguigui observou que o documento sobre esse tema tinha a intenção de fornecer uma visão geral muito breve do progresso na implementação da estratégia AIDPI na região e, portanto, não fornecia muitos detalhes em assuntos como a educação da família e da comunidade, treinamento de recursos humanos e monitorização e avaliação. Informação mais explícita seria incluída no documento a ser preparado para o Comitê Executivo. Muitas das questões levantadas pelos delegados estavam, de fato, sendo abordadas. A educação da família, especialmente da mãe, era um elemento essencial da estratégia AIDPI, embora o documento não descrevesse todas as abordagens e instrumentos empregados para esse propósito. Ele tinha a satisfação de anunciar que um especialista em comunicações brevemente iria se juntar à equipe da unidade regional da AIDPI, que iria aumentar a capacidade da unidade de ajudar os países na área da comunicação e informação referente à AIDPI. A monitorização e a avaliação também eram aspectos essenciais da estratégia. A OMS, com a ajuda da Fundação Gates, estava realizando uma análise da implementação da AIDPI no mundo. A OPAS estava participando ativamente dessa análise, que abrangeria indicadores de processo e impacto. A assistência pré-natal também era de grande importância. Os programas regional e global estavam trabalhando para melhorar a saúde pré-natal, embora a OPAS tenha escolhido enfatizar a saúde neonatal no programa AIDPI a fim de evitar a duplicação de esforços e recursos.

Em relação à incorporação de novos componentes na estratégia AIDPI, indicou que muitos países da Região estavam passando por uma transição epidemiológica, na qual problemas como as doenças diarréicas e infecções respiratórias agudas coexistiam com doenças crônicas como a asma e com altas taxas de violência e acidentes, que também eram fatores significativos na morbidade e mortalidade infantil e tinham um impacto enorme na qualidade de vida infantil. Em alguns países, a malária e a infecção pelo HIV também eram problemas sérios. Foi considerado, portanto, essencial adaptar a estratégia ao perfil epidemiológico e às necessidades específicas de cada comunidade e país.

O Diretor acrescentou que a idéia era adaptar a estratégia aos problemas prevalentes para os quais uma estratégia administrativa integrada seria efetiva. Em relação a isso, questionou se o documento não era muito purista na identificação de países que adotaram a estratégia, já que era óbvio que muitos outros países estavam aplicando abordagens administrativas integradas à saúde infantil, embora as chamassem de outro nome que não AIDPI. Com respeito à avaliação do impacto das abordagens de AIDPI, acreditava que a mortalidade geral de crianças abaixo de cinco anos deve ser um indicador melhor do que a mortalidade de doenças específicas. De modo semelhante, em retrospectiva, acha que teria sido melhor fazer da redução da brecha entre países ou grupos de população com as maiores e menores taxas de mortalidade a meta da iniciativa Crianças Saudável em vez de escolher a meta de prevenção de um certo número de mortes infantis. Esse objetivo teria sido melhor para manter o foco da Organização no aumento da equidade na saúde.

Em relação ao aspecto de informação e comunicação da AIDPI, assinalou que muito do que o programa da AIDPI estava fazendo se enquadrava sob o título de "comunicação social", embora não tivesse nenhum funcionário com essa função específica. A divulgação da informação para mostrar a validade da estratégia foi essencial para persuadir ministros da saúde e outros no setor da saúde a adotá-la como meio de reduzir a mortalidade infantil. Como indicou o Subcomitê, uma das melhores maneiras de fazer isso era conhecer as experiências bem-sucedidas de países que implementaram a AIDPI.

***Ampliação da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Internacional do Trabalho
(Documento SPP36/6)***

O Dr. Daniel López Acuña (Diretor, Divisão de Sistemas de Saúde e Desenvolvimento de Serviços, OPAS) e o Sr. Emmanuel Reynaud (Chefe, Política de Seguro Social e Desenvolvimento, OIT) descreveu uma iniciativa conjunta que está sendo executada pela OPAS e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) para promover acesso equitativo aos serviços de saúde na América Latina e no Caribe,

principalmente para grande parte da população que atualmente carece de cobertura de saúde adequada. Os objetivos específicos da iniciativa eram (1) capacitar os Estados Membros das duas organizações a ampliar a cobertura dos sistema de assistência de saúde e desenvolver políticas para ampliar a proteção social para a assistência de saúde, principalmente no setor informal, nas áreas rural e urbana e entre grupos desprotegidos; e (2) envolver os interessados mais importantes no processo de formulação, implementação, monitorização e avaliação da política a fim de ganhar o apoio público para a reforma da política de saúde que promova a inclusão, e não leve a um aumento da exclusão, da marginalização e da falta de proteção social.

A "proteção social na saúde" foi definida como garantia da sociedade, mediante as diferentes autoridades públicas, de que indivíduos ou grupos de indivíduos podiam satisfazer suas necessidades de saúde através de um acesso adequado aos serviços de saúde, seja no sistema nacional de saúde ou em qualquer dos subsistemas de saúde existentes do país, independentemente da sua possibilidade de pagar. Três condições devem ser cumpridas para garantir proteção social na saúde: acesso aos serviços de saúde, segurança financeira da família e dignidade na provisão de assistência. O documento SPP36/6 identificou fatores que levaram à exclusão na saúde - principalmente pobreza - e o principal obstáculo à ampliação da proteção social. Também identificou várias estratégias para a ampliação da proteção social na saúde, com base em intervenções que se mostraram eficazes no passado em países da América Latina e Caribe. Essas estratégias incluem: estabelecimento de regimes especiais de seguro social sem requisito de contribuição beneficiária; esquemas de seguro voluntários e subsidiados pelo governo; ampliação limitada da provisão de serviços; sistemas de proteção social baseados na comunidade; e desenvolvimento gradual de sistemas de saúde unificados, combinando subsistemas públicos e privados.

O documento propõe quatro linhas de ação relacionadas às políticas do governo sobre proteção social, financiamento da proteção social, seguro de saúde e provisão de serviço. Um sentido de identificação por parte dos países foi considerado crucial para o sucesso da iniciativa. Portanto, iria incentivar o desenvolvimento de um processo participativo no âmbito nacional, envolvendo interessados importantes na área de saúde e outros setores. Esse processo levaria à formulação de uma estratégia nacional e um plano nacional de ação para a ampliação da proteção social na saúde. No âmbito regional, a OPAS e a OIT apoiariam os países através de uma variedade de atividades, incluindo cooperação técnica, estabelecimento de um centro de informação sobre as melhores práticas e conhecimentos e mobilização de recursos.

O Subcomitê elogiou a iniciativa conjunta como uma parceria estratégica que aproveitaria as perícias e vantagens da OPAS e da OIT para ajudar os países a ampliar a proteção social e melhorar o acesso aos serviços de saúde para os grupos marginalizados e vulneráveis. A iniciativa era amplamente justificada pelo enorme número de pessoas na região que carecem de qualquer proteção social. Além disso, o problema da exclusão estava crescendo pois proporções cada vez maiores da população passavam à economia informal para sua sobrevivência. O Subcomitê considerou que um enfoque multisetorial ao problema era essencial, dadas as vinculações entre saúde e pobreza, renda, emprego, educação, moradia e outro fatores. Por essa razão, os esforços para combater a exclusão e a falta de proteção social devem procurar envolver outras organizações multilaterais e bilaterais - incluindo a OMS no nível global - assim como governos e a comunidade.

O Subcomitê também enfatizou que o acesso aos serviços de saúde básicos deveria ser visto como um direito de todos os povos que o governo tem a responsabilidade de assegurar. Ao mesmo tempo, reconheceu-se que os governos muitas vezes não conseguiam assumir toda a responsabilidade de fornecer proteção social e que o setor privado e as organizações não-governamentais também tinham um papel importante a desempenhar. Cada país precisa calcular a magnitude e as causas da exclusão social e planejar soluções apropriadas de acordo com a realidade nacional.

Os delegados fizeram várias sugestões para melhorar o documento. Uma delas foi a incorporação de estudos de programas e iniciativas que conseguiram melhorar os serviços de saúde para grupos desprotegidos. Outra foi a de ter definições mais claras de conceitos como "proteção social", "bem-estar social" e "seguro social", que podem ser interpretados diferentemente em diferentes contextos nacionais. Um delegado pediu o esclarecimento das cifras sobre exclusão da proteção social citadas no documento e preveniu contra o uso de indicadores que tentavam medir a exclusão somente em termos de demanda dos serviços de saúde, já que a demanda dos serviços de saúde era influenciada por fatores múltiplos, incluindo percepções culturais sobre doença e saúde e questões econômicas e sociais. O esclarecimento dos papéis respectivos da OPAS e da OIT na iniciativa também foi solicitado. Notando o foco do documento na promoção da saúde para fins curativos, outro delegado recomendou maior ênfase no acesso a serviços para prevenção de doenças e promoção da saúde, que também eram aspectos essenciais da proteção social na saúde. Muitas perguntas foram feitas em relação aos estudos de esquemas de micro-seguro e outras pesquisas a serem realizadas de acordo com o memorando de entendimento assinado pelas duas organizações. Além disso, indicou-se que a cobertura universal não garantia necessariamente acesso equitativo a assistência de saúde, principalmente em sistemas com financiamento misto público-privado, e sugeriu-se que os estudos de diferentes esquemas de seguro devem incluir um exame crítico de sua relativa equidade.

O Dr. López Acuña concordou que a realização de atividades para ampliar a proteção social na saúde deve ser uma tarefa dos Estados Membros. Não era algo que podia ser feito pela OPAS ou pela OIT, e a iniciativa não procurou atribuir-lhes nenhum papel. Os países precisam tomar a iniciativa na formulação e implementação de políticas para ampliação da proteção social e a avaliação da efetividade dessas políticas. A iniciativa da OPAS/OIT tinha a intenção de apoiar a ação no âmbito nacional e compilar informação sobre experiências que ajude os países a aplicar as melhores práticas e realizar economias de escala. Como foi apontado pelo Subcomitê, não poderia haver uma receita única para a ampliação da proteção social. Era essencial que cada país desenvolvesse um quadro de proteção social feito para suas necessidades específicas através de um processo de diálogo nacional e construção de consenso envolvendo uma ampla gama de interessados.

Respondendo às questões relacionadas com o memorando de entendimento, assinalou que muitas das atividades mencionadas já começaram a ser executadas. Por exemplo, em 1999 e começo de 2000, a OPAS e a OIT efetuaram uma análise comparativa das políticas de proteção social nos países, uma análise de experiências com micro-seguro nas Américas, uma análise de métodos diferentes de medição da exclusão e das diferentes perspectivas que podem surgir desses métodos e um estudo dos padrões de gasto com manutenção nos países da Região. Todos esses estudos fazem parte da documentação para a Reunião Regional sobre a Ampliação da Proteção Social para Assistência de Saúde de Grupos Desprotegidos na América Latina e Caribe em 1999, que deu origem à iniciativa. O documento preparado para o Subcomitê é intencionalmente breve e, portanto, não reflete em detalhes os resultados dos estudos, mas a Secretaria forneceria de bom grado toda a documentação de antecedentes aos Estados Membros.

Em relação à participação de outras organizações, assinalou que muitas agências de desenvolvimento bilateral incorporaram recentemente o tema de proteção social na saúde em suas agendas de cooperação e também expressaram interesse em apoiar esforços conjuntos de duas ou mais organizações internacionais para formar capacidade nacional nesta área. A OPAS e a OIT buscariam mobilizar recursos para a iniciativa conjunta e para esforços nacionais dessas agências, assim como das instituições de empréstimo multilaterais e fontes nacionais. Quanto à OMS, a iniciativa regional faria uma contribuição valiosa para o trabalho relacionado que estava fazendo em relação à política de financiamento da assistência de saúde.

Abordando as questões sobre os papéis respectivos da OPAS e da OIT, o Sr. Reynaud disse que, em termos simples, a OPAS/OMS estava preocupada com o lado da oferta do acesso a assistência de saúde, enquanto a OIT estava mais envolvida com o lado da demanda, já que empregados e trabalhadores, junto com os governos, eram seus constituintes mais importantes e eram interessados importantes em qualquer discussão dos esquemas de proteção social e seguro social. Embora essa visão do relacionamento

possa parecer um tanto simplista, também era pragmática, já que a experiência mostrou que esforços para ampliar a cobertura da assistência de saúde não podiam ser bem sucedidos sem uma oferta adequada, mas também deve haver uma demanda adequada para financiar a oferta.

Com respeito ao tema da equidade, indicou que os países enfrentam um difícil dilema: quando uma grande parte da população estava excluída, era melhor tentar estender o mesmo nível e qualidade de proteção a todos ou elaborar um esquema ou sistema especial para cobrir aqueles que carecem de proteção? A segunda opção, um sistema duplo, era mais provável de criar iniquidades, mas estender o mesmo nível de proteção era uma empreitada longa e árdua. Por isso, a melhor solução a curto prazo era colocar em prática algum esquema especial visando os grupos excluídos, mas só como primeiro passo num processo destinado a criar um sistema mais justo que proveria cobertura universal.

O Diretor assinalou que o direito à saúde há muito é reconhecido na Região. Na Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, os países das Américas afirmaram que cada pessoa tem direito às medidas sociais e sanitárias necessárias para preservar a saúde. Mas como os países poderiam prover acesso a essas medidas de uma maneira justa? A iniciativa conjunta da OPAS/OIT procurava oferecer respostas a essa questão. Nenhum país poderia satisfazer completamente a demanda de assistência de saúde, já que essa demanda era indefinida. Além disso, como o Sr. Reynaud indicou, era difícil demais estabelecer e manter um sistema que cobrisse a todos. Para começar a lidar com o problema da exclusão, os países tinham que concentrar seus esforços nos pobres e destituídos. Contudo, os serviços para os pobres são quase sempre precários, o que cria outros tipos de iniquidade. Frente a essa situação, ele acredita que o Estado deve assegurar que todos tenham acesso a serviços de qualidade aceitável - especialmente os serviços com as maiores externalidades - embora o Estado não tenha que fornecer todos os serviços diretamente. O papel das duas organizações internacionais era o de adicionar valor ao trabalho realizado nos países. Analisando as experiências dos vários países, a OPAS e a OIT podiam extrair lições e melhores práticas que irão ajudar outros países em sua luta para achar a melhor forma de ampliar a proteção social e assegurar uma assistência de saúde adequada para todos os seus povos.

Um aspecto essencial da iniciativa era sua concepção ampla de proteção social, que vai além da visão tradicional do seguro social como um sistema de proteção somente para contribuintes ou afiliados. A proteção social visada pela iniciativa seria estendida aos pobres e excluídos, ajudando-os a escapar da armadilha da pobreza. Como disse o Sr. Reynaud, os resultados não podem ser alcançados da noite para o dia. Assegurar proteção social para todos os excluídos levaria muitos anos, mas os países não devem deixar que isso os detenha de começar o processo o mais rápido possível.

A Saúde e o Envelhecimento (Documento SPP36/7)

A Dra. Martha Peláez (Assessora Regional sobre Saúde e Envelhecimento, OPAS) apresentou uma visão geral da situação das pessoas idosas na Região e sublinhou as principais estratégias para promover um envelhecimento saudável. Todos os países das Américas estavam experimentando o envelhecimento da população. No ano 2025, estima-se que a população com 60 anos ou mais estará em torno de 200 milhões, e mais da metade da população se encontrará na América Latina e Caribe. O crescimento rápido no número e na proporção de idosos ameaça criar uma crise na saúde pública, assoberbando os serviços de saúde e criando uma concorrência intergeracional pelos recursos escassos. Contudo, essa crise pode ser evitada se agirmos agora e investirmos na saúde das pessoas idosas para promover um envelhecimento ativo e saudável. A cooperação técnica da OPAS na área de envelhecimento e saúde visa a habilitar os países a se preparar e responder aos desafios e oportunidades criadas por uma população idosa e apoiar seus esforços para implementar um plano internacional de ação sobre o envelhecimento a ser aprovado pela Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, que será realizada em Madri em abril de 2002.

O plano internacional de ação tem uma forte base de direitos humanos e estabelece três áreas prioritárias de ação: incentivar a participação de pessoas idosas no desenvolvimento, aumentar a saúde e o bem-estar de pessoas idosas e assegurar ambientes propícios para pessoas idosas. O documento SPP36/7 propôs várias estratégias para a promoção da saúde mental e física e a melhora da assistência de saúde para pessoas idosas, assegurando o respeito aos seus direitos e dignidade. As estratégias, baseadas em evidências, eram coerentes com as estratégias previstas no âmbito internacional. Solicitou-se que o Subcomitê examinasse os temas relacionados ao envelhecimento e saúde e recomendasse meios de aumentar a cooperação técnica regional nessa área, principalmente em relação à implementação do plano de ação internacional proposto.

O Subcomitê elogiou o documento, que fez um excelente trabalho em resumir as questões que precisavam ser abordadas em relação à saúde e ao bem-estar dos idosos. O documento também discutiu muitas das questões importantes levantadas no Plano de Ação para o Envelhecimento 2002. O Subcomitê expressou um forte apoio ao enfoque de promoção da saúde da OPAS. Muitos delegados assinalaram que o envelhecimento não deve ser visto como uma doença mas como um processo de vida iniciado no nascimento. A situação de saúde na idade avançada era basicamente o resultado de uma acumulação de danos e conseqüências de doenças e boas ou más escolhas de comportamento. A promoção da saúde é, portanto, essencial, e deve começar cedo e continuar através do ciclo da vida a fim de otimizar a saúde física e mental na idade avançada.

O Subcomitê também sublinhou a importância das estratégias baseadas na comunidade para a assistência de pessoas idosas. Assinalou-se que as alternativas a asilos baseadas na comunidade eram não só eficientes em função do custo mas podem levar a resultados de melhora na saúde, independência prolongada e melhor qualidade de vida. A conscientização acerca da contribuição que os idosos podem oferecer às suas comunidades e o envolvimento da comunidade no cuidado dessas pessoas eram estratégias tidas como cruciais para a promoção do envelhecimento saudável. Os delegados salientaram o papel essencial que os adultos mais velhos desempenham na preservação da unidade familiar e manutenção do tecido social. Vários delegados mencionaram também o impacto da migração sobre as pessoas idosas em seus países. Quando membros mais jovens da família migram à procura de trabalho, os idosos frequentemente têm que se manter sozinhos, e na maioria das vezes têm poucos recursos e pouco acesso à proteção social. Destacou-se também a necessidade de adaptar os serviços de assistência de saúde primária e de treinar profissionais de saúde para atender às necessidades especiais das pessoas idosas. Em relação aos profissionais de saúde, considerou-se importante treinar não só médicos e enfermeiras, mas também dentistas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que provavelmente terão um contato mais freqüente com pessoas idosas.

Vários delegados sublinharam a questão dos direitos humanos dos idosos, que às vezes eram negligenciados em discussões sobre os direitos humanos. A necessidade de regulamentos e padrões de assistência para pessoas idosas foi enfatizado. A OPAS pode ajudar os países a desenvolver essas normas. Outros papéis importantes para a Organização eram a disseminação da informação e melhores práticas; promoção de pesquisas, com a aplicação dos resultados em programas e políticas sobre a saúde e o envelhecimento; e o desenvolvimento de marketing social e estratégias de comunicação para promover comportamentos saudáveis e reduzir os riscos de saúde. Facilitar a cooperação técnica e iniciativas conjuntas entre países da região também foi visto como um papel valioso para a OPAS. Um delegado sugeriu que a Secretaria considerasse a convocação de um seminário depois da conferência de Madri para elaborar um plano regional de ação e fixar metas para a implementação do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento 2002.

Sugeriu-se que o documento poderia ser reforçado se incluísse mais informações detalhadas sobre os indicadores e medidas usadas no estudo mencionado e elucidando as ligações entre a saúde de pessoas idosas e fatores como o gênero, status socioeconômico e, principalmente, pobreza. Um delegado achou a informação sobre custo-benefício na seção sobre investimento na assistência às pessoas idosas especialmente valiosa e recomendou que tal informação fosse incluída em documentos preparados por outros programas, já que esse tipo de dado era extremamente útil para governos e analistas políticos na formulação das políticas e programas de saúde, bem como na promoção de apoio aos mesmos.

O Dr. Peláez agradeceu ao Subcomitê por seus comentários, que melhorariam a próxima versão do documento. A questão da pobreza foi levantada por vários delegados. É verdade que a pobreza e o medo da pobreza estava entre as preocupações mais importantes das pessoas idosas. Além disso, a proteção social para pessoas idosas na Região era freqüentemente deficiente ou inexistente. Embora os programas de seguro social em alguns países tenham sido ampliados continuamente e as gerações futuras possam ansiar por uma melhor proteção social na idade avançada, muitos dos idosos de hoje não tinham nenhum tipo de cobertura do seguro social. Esse problema seria sublinhado no documento revisado, assim como a questão dos direitos humanos e a necessidade de fomentar maior conscientização e apreciação dos papéis vitais que as pessoas idosas representam na sociedade. Por exemplo, uma proporção crescente de pessoas idosas eram chefes de família e assumiam a responsabilidade de cuidar dos netos como resultado da migração ou morte dos parentes por AIDS ou outras causas. As contribuições de pessoas idosas precisavam ser documentadas e vinculadas à necessidade da sociedade cuidar melhor dos mais velhos.

O Diretor assinalou que, não só as pessoas idosas representam um papel importante na manutenção do tecido social, mas poderiam ser importantes para a prosperidade e o crescimento econômico dos países. As discussões sobre saúde e crescimento econômico tendem a se concentrar na redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, desprezando o fato de que no final dessa vida longa haverá populações mais velhas. O investimento na saúde das pessoas idosas reduzirá a quantia que a sociedade gasta com assistência médica para esse grupo de idade e possibilitará a obtenção de melhores retornos de outros investimentos em áreas como a educação.

Vários delegados mencionaram a necessidade de reorientar os serviços de saúde para cuidar das pessoas idosas. A reorientação dos serviços de saúde primária para a prevenção de doenças e deficiências que comumente afetavam pessoas idosas era uma estratégia fundamental na promoção da saúde. Do mesmo modo, envolver famílias e a comunidade na preservação da saúde das pessoas idosas e cuidar de idosos era uma das bases da promoção da saúde. Como assinalou o Subcomitê, as estratégias de comunicação social eram necessárias para aumentar a conscientização e comprometer a comunidade na promoção da saúde de pessoas idosas. Ao mesmo tempo, era importante educar os idosos para se cuidarem. Ele concordou plenamente com os delegados que reforçaram a necessidade de promover a saúde por todo o ciclo da vida a fim de gozar de boa saúde na idade avançada. Certamente, a promoção da saúde deve começar antes do nascimento, já que ficou demonstrado que deficiências nutritivas ou comportamentos não saudáveis no período pré-natal podem ter um impacto duradouro na saúde por toda a vida. A versão revisada do documento irá tratar desse assunto mais vigorosamente.

***Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna
(Documento SPP36/8, Rev. 1)***

A Dr. Virgínia Camacho (Consultora Regional, Iniciativa para a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna, OPAS) descreveu a estratégia nacional para a prevenção de doenças maternas, redução da morbidade materna e melhora da assistência para mães antes, durante e depois do parto. A mortalidade materna continua sendo um grave problema da saúde pública na Região das Américas, principalmente entre mães adolescentes, indígenas, pobres e marginalizadas. Além disso, as cifras da mortalidade materna para a Região refletem enormes iniquidades entre países e diferentes grupos populacionais dentro de países. Progressos relativamente pequenos foram feitos pelo Plano Regional de Ação para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas, aprovado pelos Estados Membros da OPAS em 1990. No nível global, uma avaliação da Iniciativa Maternidade Segura em 1997-1998 constatou uma falta de progresso similar. Como resultado, a questão da mortalidade materna estava recebendo atenção renovada nas agendas internacionais de saúde pública.

Várias lições valiosas foram aprendidas nos 12 anos, desde que o Plano Regional de Ação foi lançado. O conhecimento das causas da mortalidade materna aumentou, e foram identificadas intervenções efetivas baseadas em evidências para a prevenção de mortes maternas. A estratégia regional para a redução da morbidade e mortalidade materna visava a traduzir essas lições em ação. Assim, a estratégia procurou promover políticas públicas efetivas e diretrizes para a maternidade segura e proteção social da mulher; assegurar acesso a bons serviços de saúde reprodutiva, principalmente assistência obstétrica essencial e atendimento hábil no nascimento; aumentar a demanda pública para serviços de saúde materna de qualidade habilitando e educando a mulher, suas famílias e comunidades; construir parcerias e alianças para criar um ambiente de apoio para a maternidade segura; reforçar os sistemas de vigilância da morbidade e mortalidade materna; e assegurar financiamento adequado para os serviços de saúde reprodutiva dentro da reforma do setor da saúde. O objetivo da estratégia era atingir a meta global de reduzir a mortalidade materna em 75% (com respeito aos níveis de 1990) em 2015 e, na região, diminuir a mortalidade materna para menos de 100 por 100.000 nascidos vivos em todos os países dentro dos próximos cinco anos e fechar a brecha da equidade na área de morbidade e mortalidade materna.

O Subcomitê concordou com a necessidade de uma ação decisiva para reduzir as taxas de mortalidade materna nas Região e considerou a estratégia proposta uma abordagem adequada para salvar as vidas das mães e dos recém-nascidos. O Subcomitê concordou que as taxas desproporcionalmente altas de mortalidade materna entre mulheres pobres e desprivilegiadas representavam uma das manifestações mais notórias de iniquidade na saúde, principalmente porque a grande maioria das mortes maternas eram evitáveis. Assinalou-se que o acesso à assistência médica materna adequada era

uma questão de direitos humanos, e que os governos tinham a responsabilidade de assegurar que todas as mães, independente do status socioeconômico ou da capacidade de pagar, recebessem serviços de saúde de qualidade aceitável. A questão da qualidade de assistência era considerada essencial, e vários delegados sublinharam a necessidade de se concentrar tanto na qualidade da assistência de saúde materna quanto na quantidade. Contudo, a falta de obstetras hábeis foi citada como um problema crítico, e o aumento do número de parteiras e outros atendentes treinados, principalmente nas áreas rurais, era visto como essencial para abordar as causas mais comuns da morte materna. Ensinar as mulheres a reconhecer os sinais de perigo e educá-las sobre a necessidade de uma boa assistência pré-natal e atendimento hábil no parto era igualmente importante. Em relação a isso, um delegado indicou que em alguns países desenvolvidos, nos quais a assistência obstétrica profissional era amplamente disponível, algumas mulheres estavam escolhendo fazer o parto em suas casas com atendentes não habilitados ou sem nenhum atendente.

Vários delegados salientaram a necessidade de melhorar a vigilância e a notificação das mortes maternas, já que dados completos e exatos sobre as causas da mortalidade materna e os grupos populacionais mais afetados eram essenciais para elaborar e direcionar intervenções. A ênfase do documento no envolvimento da comunidade e na criação de ambientes de apoio foi elogiada. Educar os homens na comunidade, principalmente futuros pais, sobre a importância da boa assistência de saúde materna era visto como uma estratégia crucial para fomentar ambientes de apoio e encorajar as mulheres a exigir e utilizar serviços de qualidade. Um delegado assinalou que a mortalidade materna deveria ser vista como um problema social que requer ação da sociedade como um todo. Ele sugeriu que uma maneira de despertar conscientização acerca disso e mobilizar apoio para esforços de redução da mortalidade materna seria realizar estudos que mostrem os custos econômicos e o impacto social negativo das mortes maternas e o custo-benefício de melhorar a assistência materna. Outros delegados sugeriram que outra forma de aumentar o apoio para programas de saúde materna seria vinculá-los a outros programas de saúde, principalmente aqueles destinados a combater o HIV/AIDS, que estava se tornando um fator cada vez mais importante para a mortalidade materna em alguns países.

Expressou-se preocupação em relação ao conteúdo do documento. Um delegado achou que seria mais forte como documento técnico se as referências a barreiras políticas ao manejo das complicações do aborto e expressões não-mensuráveis, como a "falta de poder da mulher", fossem definidas especificamente ou eliminadas. Outro delegado chamou atenção para a afirmação de que "episiotomias são intervenções ineficientes" e advertiu contra a generalização excessiva. As episiotomias rotineiras devem ser evitadas, mas a necessidade do procedimento deve ser decidida em cada caso, levando em conta as evidências, melhores práticas e cálculos de risco para cada gravidez.

Respondendo aos comentários do Subcomitê, a Dra. Camacho agradeceu aos delegados por sublinharem várias questões que ela não havia mencionado na sua apresentação por falta de tempo. Uma era a conexão entre o HIV/AIDS e a mortalidade materna. Muitas das causas diretas da mortalidade materna na Região estavam, de fato, ligadas à infecção pelo HIV. Ela concordou que eram necessárias estratégias programáticas criativas para fazer um uso mais efetivo dos recursos ao abordar esses dois problemas relacionados e também outras causas indiretas da mortalidade materna, como a malária e a tuberculose. Inegavelmente, o aborto também era uma causa importante de mortalidade materna e um problema significativo da saúde pública na Região. Estudos indicam que as complicações ligadas ao aborto eram a causa principal da mortalidade materna em alguns países, embora fosse difícil determinar a magnitude do problema porque o aborto era ilegal em muitos lugares. Embora devam ser direcionados esforços para a prevenção do aborto, também era crucial assegurar que as mulheres que procurassem assistência médica para complicações no aborto não tivessem ajuda negada. O argumento que o documento tentou demonstrar era que a provisão desses serviços faz parte integral da assistência obstétrica essencial.

A Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (Documento SPP36/9)

A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordenadora, Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) discorreu sobre o trabalho do Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (HDW) da OPAS, especialmente seus esforços em identificar e eliminar iniquidades baseadas no gênero que afetavam a saúde da mulher e promover a incorporação de uma perspectiva de gênero nas políticas e programas da Organização e seus Estados Membros. As iniquidades de gênero são definidas como iniquidades entre homens e mulheres que eram desnecessárias, evitáveis e injustas. Na área da saúde, iniquidades de gênero freqüentemente resultavam em uma pior situação da saúde da mulher, limitavam seu acesso aos serviços de saúde e diminuía a qualidade da assistência de saúde que recebiam. Iniquidades de gênero também existiam na provisão da assistência de saúde. Embora as mulheres representem mais de 80% da mão-de-obra da assistência de saúde, trabalham principalmente em empregos de baixa renda e baixo prestígio. Além disso, muitas das contribuições das mulheres para a saúde de suas famílias e comunidades não são remuneradas.

A redução das iniquidades de gênero era uma das metas centrais do Programa. Para isso, identificou cinco áreas estratégicas para ação: (1) incluir uma perspectiva de gênero na análise da situação da saúde para direcionar políticas e programas mais efetivamente; (2) monitorizar o efeito das políticas de saúde e processos de reforma relacionados à equidade de gênero na saúde; (3) desenvolver e implementar modelos que abordem iniquidades de gênero de uma forma integrada; (4) apoiar atividades de divulgação com informação, educação e estratégias de comunicação e materiais para defesa de causas e treinamento; e (5) incorporar a perspectiva de gênero nas políticas e

programas da OPAS e dos Estados Membros. O documento apresenta algumas das atividades que estão sendo efetuadas nessas áreas. Com respeito à terceira área, a Dra. Velzeboer-Salcedo sublinhou o modelo integrado implementado pelo HDW em 10 países da Região. Na quarta área, ela chamou atenção para a disseminação da informação e atividades de treinamento do Programa através do site e da livreria virtual da GENSALUD. Ela concluiu assinalando que o 100º aniversário da OPAS proporcionaria uma excelente oportunidade para a Organização e os Estados Membros renovarem seus compromissos com a eliminação da brecha de gênero na saúde nas Américas. Um progresso considerável em relação a esse objetivo poderia ser feito com a implementação das recomendações feitas pelo Subcomitê da OPAS para a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento e pelas várias conferências internacionais e acordos sobre a mulher e os direitos da mulher. O documento listou as principais recomendações referentes a gênero e saúde.

O Subcomitê demonstrou um firme apoio ao trabalho do Programa e elogiou o compromisso da OPAS na redução das iniquidades de gênero na saúde. Também elogiou as realizações da Organização em termos de aumento da paridade de gênero dentro da OPAS e seus esforços para incorporar uma perspectiva de gênero em todas as suas políticas e programas de saúde. Vários delegados informaram que seus governos adotaram estratégias abrangentes e estavam aplicando a perspectiva de gênero em todos os serviços e programas, em vez de programas específicos sobre a saúde da mulher. Alguns delegados também enfatizaram a necessidade de um compromisso forte da parte dos governos e sociedade civil a fim de reduzir as iniquidades de gênero que afetavam a saúde da mulher e assinalaram que esse compromisso deve ser manifestado através da alocação dos recursos necessários. O Subcomitê viu com satisfação que o Programa reconhecia a importância de também atender as necessidades específicas da saúde do homem e envolvê-los nas questões da saúde reprodutiva. Com relação a isso, sugeriu-se que o nome do Programa fosse mudado para "Programa sobre o gênero, a saúde e o desenvolvimento".

As estratégias e atividades defendidas pelo Programa para promover uma maior equidade de gênero eram consideradas apropriadas e úteis. Como uma atividade adicional, sugeriu-se que o HDW deveria promover a formulação e o desenvolvimento de alternativas para a redução do maior ônus de assistência imposto sobre as mulheres como resultado de transições demográficas e epidemiológicas na Região. O envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas significam que as mulheres estavam cada vez mais sendo chamadas para cuidar dos idosos e de membros doentes da família no lar, muitas vezes com pouco apoio do sistema de assistência de saúde. A reforma do sistema de saúde deveria levar em conta e atender essas necessidades. Muitos delegados elogiaram o Programa por suas tentativas de quantificar a contribuição não remunerada da mulher para a assistência de saúde e pediram mais informação sobre possíveis metodologias para a inclusão desse trabalho não remunerado nas contas

nacionais de saúde. Em relação à promoção da pesquisa, assinalou-se que, a fim de revelar iniquidades de gênero, a pesquisa na saúde deve se concentrar nas doenças que eram comuns a homens e mulheres, já que a concentração nas condições que ocorriam só com mulheres seria menos provável de revelar disparidades baseadas em gênero na assistência de saúde. Com respeito à incorporação de uma perspectiva de gênero na análise da situação da saúde, um delegado observou que a desagregação de dados por sexo era só o primeiro passo. Uma análise contextual também era necessária para revelar diferenças relacionadas ao gênero.

Embora o documento apresentasse bem as questões relacionadas ao gênero que afetavam a saúde da mulher e seu acesso à assistência, o Subcomitê considera que poderia ser reforçado de várias formas. Vários delegados recomendaram que o Programa deve reexaminar a definição de iniquidades como "as iniquidades que eram desnecessárias, evitáveis e injustas", pois era difícil conceber iniquidades que fossem necessárias ou justas. Similarmente, as expressões "gênero", "iniquidades de gênero", "iniquidades na saúde", e "determinantes da saúde por gênero", devem ser esclarecidas. Uma declaração no documento relacionada à equidade na assistência de saúde foi considerada particularmente problemática porque parece sugerir que o grau de equidade de gênero na assistência de saúde estava relacionado com a habilidade de pagar pelos serviços. Essa idéia parece divergir da iniciativa da Organização para promover a proteção social na saúde, que enfatiza a necessidade de estender o acesso igualitário à saúde independentemente da capacidade de pagar. Além disso, era bem conhecido o fato de que os sistemas de financiamento da assistência de saúde tinham uma tendência a discriminar as mulheres por causa de sua necessidade potencial de serviços de saúde reprodutiva. A definição de gênero também foi considerada confusa, pois parecia implicar que a construção social do gênero resultou somente das diferenças biológicas entre homem e mulher. Alguns dos dados também foram considerados confusos e obscuros.

A Dra. Velzeboer-Salcedo disse que o Programa iria se esforçar para esclarecer os conceitos e outras fontes de confusão no documento. Em particular, a seção sobre a iniquidade de gênero na assistência de saúde seria reformulada para esclarecer a questão da capacidade de pagar. O Programa certamente não teve a intenção de deduzir que o acesso aos serviços de saúde deve depender da capacidade de pagar. Com respeito à definição das iniquidades, assinalou que algumas desigualdades entre homem e mulher podiam ser vistas como justas, e em alguns casos uma desigualdade menor era reflexo de iniquidades. Um exemplo foi a diferença na expectativa de vida entre os dois sexos. Já que a mulher normalmente vive mais do que o homem, quando a diferença na expectativa de vida era mínima geralmente havia iniquidades relacionadas ao gênero. Ela concordou que o compromisso dos recursos era crucial, mas para que esses recursos estivessem disponíveis era necessário persuadir os governos da necessidade de investir na redução de iniquidades de gênero. Essa é a razão pela qual o Programa estava enfatizando a

produção de informações baseadas em evidências e a inclusão de indicadores de gênero nas contas nacionais da saúde. Em relação ao desenvolvimento de metodologias para medir o valor do trabalho não remunerado das mulheres no setor da saúde, o Programa estava dando os primeiros passos nessa direção. Uma reunião recente no Chile com funcionários do governo e de outros organismos do sistema das Nações Unidas examinou a questão, e funcionários do HDW começariam em breve a trabalhar com o governo cubano com a intenção de quantificar a contribuição não remunerada da mulher à saúde.

O Diretor apontou a dificuldade inerente em medir o valor do trabalho não remunerado. Já que esse trabalho não implicava transferências monetárias, era muito difícil contabilizá-lo no produto interno bruto. Se estimar o valor do trabalho não remunerado nas contas nacionais era difícil, estimar o valor do trabalho não remunerado da mulher nas contas nacionais de saúde era ainda mais difícil.

Em relação à questão da paridade de gênero dentro da OPAS, estava orgulhoso do progresso que Organização fez, mas não estava totalmente satisfeito. As mulheres agora ocupavam 45% dos cargos profissionais. A Organização provavelmente nunca vai conseguir alcançar e manter uma verdadeira paridade, já que as proporções de homens e mulheres sempre oscilariam. Mesmo assim, preferiria que a proporção das mulheres oscilasse em torno de 50% em vez de 45%. Embora as mulheres profissionais se concentrem principalmente em cargos de nível mais baixo, afirmou que isso não era necessariamente ruim. Ele acreditava que era um erro e um dano para as mulheres promovê-las a cargos mais altos simplesmente pelo fato de serem mulheres. À medida que ganhassem experiência, não tinha dúvidas de que as mulheres na OPAS subiriam de posição e acabariam ocupando mais cargos de chefia, exatamente como fizeram os homens.

Quanto à proposta de mudar o nome do Programa, sugeriu-se antes trocar "mulher" por "gênero", mas ele sempre resistiu à idéia porque achava que era necessário continuar a se concentrar na discriminação contra a mulher. Essa permaneceu a forma predominante da discriminação baseada no gênero. Só quando houver uma "igualdade na discriminação" contra homens e mulheres ele será a favor da mudança do nome do Programa.

Uma área em que a discriminação contra a mulher era especialmente evidente era a mortalidade materna. Ele não tinha falado sobre esse assunto na discussão anterior do Subcomitê, mas acreditava firmemente que a mortalidade materna era uma expressão da iniquidade de gênero e que a maneira como as mulheres eram tratadas durante o parto era uma das demonstrações mais flagrantes dessa discriminação. Do mesmo modo, o tratamento que as mulheres recebiam para certas doenças refletia discriminação. Demonstrou-se, por exemplo, que mulheres que sofreram de enfarte do miocárdio eram tratadas menos agressivamente do que homens. Portanto, concordou com os delegados

que assinalaram que as pesquisas devem se concentrar nas condições que teoricamente afetam ambos os sexos igualmente, porque são essas condições que revelariam a existência de iniquidades de gênero na assistência. Outra ilustração expressiva da discriminação contra a mulher é uma parte do documento que mostrava o uso de serviços de qualidade pela faixa de renda. Está bem documentado que a mulher sofre mais episódios de doença durante a vida e tende a usar os serviços de saúde mais do que os homens. Contudo, a tabela mostra que as mulheres de renda mais alta - para quem a capacidade de pagar não é uma barreira significativa - fizeram só um pouco mais de uso do que os homens. Esse foi outro exemplo de como uma menor desigualdade poderia indicar iniquidades de gênero. Ele concordou que a desagregação dos dados por sexo era apenas o primeiro passo para a análise das iniquidades de gênero, mas um passo muito importante. Dados como esses sobre o uso do serviço de saúde revelam diferenças entre os sexos que permitem que os analistas entendam quando as desigualdades representam iniquidades.

Resposta da Saúde Pública para às Doenças Crônicas (SPP6/10)

O documento sobre esse tema foi preparado juntamente pela Secretaria e o Governo da Jamaica. Foi apresentado ao Subcomitê pela Dra. Deanna Ashley (Diretora de Promoção e Proteção da Saúde, Ministério da Saúde, Jamaica) e a Dra. Sylvia Robles (Coordenadora, Programa de Doenças Não-Transmissíveis, OPAS). A Dr. Ashley começou com uma revisão da situação das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) nas Américas. As DCNTs eram importantes causas de morte e deficiência na maioria dos países. Em geral, na população abaixo de 70 anos, as DCNTs causaram 44% das mortes masculinas e 45% das mortes femininas. A doença cardiovascular era a causa principal da morte prematura na Região. A comorbidade também era um importante problema, já que 30%-60% da população sofria de duas ou mais doenças desse tipo. Além disso, os fatores de risco das DCNTs, como a obesidade, inatividade, colesterol elevado e fumo, estavam aumentando, principalmente entre os jovens. Conforme a população vai envelhecendo, as DCNTs se tornam ainda mais predominantes.

Essa situação tem implicações potencialmente devastadoras para indivíduos, famílias e economias. Por exemplo, estudos recentes na Jamaica mostraram que 59% de pessoas com DCNTs corriam o risco de indigência médica devido ao alto custo do tratamento dessas doenças e as deficiências que causavam, que deixavam as pessoas incapazes de trabalhar. Evidentemente, as DCNTs eram um grande problema de saúde pública, que pede uma resposta abrangente da saúde pública que procure promover a saúde e o controle de DCNTs. Nos países de língua inglesa do Caribe, a Cooperação Caribenha na Saúde desenvolveu um plano que enfatiza duas estratégias principais: reforçar a política pública e formar alianças e parcerias, que eram aspectos cruciais de uma estratégia efetiva da saúde pública. O desafio da OPAS consiste em facilitar o desenvolvimento e a implementação de estratégias e programas para abordar as DCNTs

na Região, promover o desenvolvimento de parcerias e políticas públicas e mobilizar e alocar recursos para assegurar que as DCNTs recebam a atenção prioritária que merecem.

A Dr. Robles descreveu a estratégia de saúde pública defendida pela OPAS, que combina atividades da promoção da saúde para abordar os determinantes de doenças com estratégias de assistência de saúde para reduzir o ônus econômico das DCNTs e melhorar os resultados. Uma revisão recente de programas bem-sucedidos para a prevenção e controle de doenças crônicas determinou a necessidade de três linhas de ação simultâneas: (1) formular políticas para eliminar barreiras e facilitar a implementação de estratégias de prevenção e controle das DCNTs; (2) ação da comunidade local, principalmente formando alianças a fim de juntar recursos para a consecução de metas comuns e angariar apoio de grupos importantes que estavam trabalhando para promover a saúde na comunidade; e (3) serviços de saúde sensíveis que incorporem prevenção e assistência a longo prazo e utilizem recursos da comunidade para ajudar as pessoas com doenças crônicas a cuidarem de si mesmas. O documento forneceu vários exemplos de aplicação bem-sucedida dessas linhas de ação.

Um componente essencial da estratégia regional são as Ações para a Redução Multifatorial de Doenças Não-Transmissíveis, uma rede de programas baseados na comunidade, conhecida pela sigla em espanhol, CARMEN. Uma iniciativa semelhante no Caribe é o Programa Caribenho de Intervenção no Estilo de Vida (CARLI). O CARMEN é uma das seis redes regionais que atuam em cada uma das regiões da OMS. Essas redes oferecem oportunidades para a avaliação da efetividade das intervenções, intercâmbio de experiências entre países e treinamento. Outros componentes da estratégia da OPAS são a vigilância dos fatores e doenças de risco para orientar a ação, modelos inovadores de assistência para doenças crônicas e promoção de mudanças nas políticas. O documento também listou algumas das atividades que estão sendo executadas nessas áreas.

A Dr. Robles concluiu agradecendo ao Governo da Jamaica e outras contrapartes no Caribe que ajudaram a formular a resposta regional para doenças crônicas não-transmissíveis.

O Subcomitê endossou as estratégias e a estratégia de saúde pública descritas no documento. Estratégias integradas como a CARMEN, que aborda fatores de risco múltiplo e determinantes de DCNTs, eram consideradas particularmente valiosas. O Subcomitê concordou também que as DCNTs não receberam a atenção que mereciam, possivelmente porque eram vistas como menos "glamorosas" do que certas doenças crônicas e porque a magnitude do problema não foi reconhecida. Informações como as apresentadas no documento sobre o ônus econômico das DCNTs e o custo-benefício de intervenções preventivas eram consideradas uma ferramenta valiosa para despertar a conscientização das autoridades acerca da necessidade de ação para combater a crescente prevalência de doenças crônicas. Similarmente, um esforço maior é necessário para

aumentar a conscientização entre instituições financeiras internacionais a fim de aumentar o volume de auxílio para o desenvolvimento disponível para as iniciativas de prevenção e controle das DCNTs. Nesse sentido, sugeriu-se que a próxima versão do documento descreva o que tem sido feito em relação às DCNTs dentro da Agenda Conjunta de Saúde da OPAS-BID-Banco Mundial. Também sugeriu-se que o documento fosse reforçado pela inclusão de estatísticas específicas que ilustrariam a urgência do problema.

Vários delegados observaram as ligações entre essa questão e outros assuntos discutidos pelo Subcomitê, notadamente saúde e envelhecimento e a ampliação da proteção social em saúde. Os dados do documento sobre esse último tema se correlacionam estreitamente com os dados sobre indigência médica e exclusão da assistência apresentada no documento sobre doenças crônicas. Sugeriu-se que na próxima versão do documento essa informação seja expandida, elucidando-se a relação entre resultados na saúde e financiamento e acesso aos serviços de saúde. O documento também deve enfatizar a necessidade de padronizar medidas e estratégias para permitir comparações entre países.

O Subcomitê salientou a necessidade de começar a prevenção das DCNTs desde os estágios primários da vida através de atividades de promoção da saúde destinada a prevenir que as crianças criem hábitos prejudiciais como fumar, e incentivando-as a adotar dietas saudáveis e estilos de vida ativos. Para isso, considerou-se essencial reforçar a capacidade dos serviços de saúde primária para prevenção e controle das DCNTs. Vários delegados sublinharam a necessidade de formar um banco de dados sobre intervenções bem-sucedidas e mal-sucedidas. Mais pesquisas eram necessárias para conseguir um melhor entendimento dos fatores de risco das DCNTs e das atividades de promoção da saúde mais efetivas no seu controle e prevenção. Um delegado propôs que seria útil produzir um compêndio de estudos de casos a fim de identificar as melhores práticas. O intercâmbio de informações e cooperação técnica entre países também era visto como estratégia valiosa, assim como o envolvimento da comunidade e a ação multissetorial. A Iniciativa Pan-Americana de Hipertensão e a Iniciativa Canadense da Saúde do Coração foram citadas como bons exemplos de colaborações intersetoriais e ações comunitárias. Sugeriu-se que apresentações especiais sejam feitas durante a reunião do Comitê Executivo em junho para compartilhar informações sobre experiências bem-sucedidas como essas.

A Dra. Robles considerou essa sugestão excelente. A idéia de produzir um compêndio de estudos de casos também era excelente. O material poderia ser facilmente aproveitado da iniciativa CARMEN, que já gerou considerável informação sobre estratégias e intervenções para a redução das DCNTs. Em relação às avaliações da efetividade das intervenções, durante o segundo semestre de 2002, o Programa de Doenças Não-Transmissíveis participaria de um esforço global envolvendo a CARMEN e

outras cinco redes regionais, visando ao desenvolvimento de um esquema de avaliação que possa ser aplicado em diferentes contextos e que reflita variações entre os países e em cada país. Ela concordou que a padronização das medidas era essencial. Embora o documento não incluísse detalhes, o Programa revisou levantamentos de fatores de risco realizados na Região e desenvolveu alguns padrões de medida. Os resultados desse exercício foram publicados na edição de novembro de 2001 do *Pan American Journal of Public Health*. O objetivo era ter metodologias e indicadores mais consistentes para assim obter dados comparáveis e identificar tendências, o que era crucial no reconhecimento de populações de risco. O Programa também estava trabalhando para obter dados de todos os países a fim de ter uma idéia mais precisa da magnitude do ônus das doenças crônicas.

O Diretor assinalou que a estratégia pública das DCNTs não traria resultados da noite para o dia. A redução do ônus das doenças crônicas seria um processo longo e difícil. Poderia levar anos, por exemplo, colocar em prática políticas que abordassem ou influenciassem a prevalência de fatores ou persuadir as pessoas a adotarem comportamentos saudáveis. Além disso, o impacto de políticas e atividades de promoção da saúde não seria imediatamente evidente. Estratégias como a CARMEN poderiam ser extremamente efetivas, mas sua aplicação não era uma tarefa tão fácil. Já era bastante difícil agir em um só fator de risco, como a obesidade; a formulação de intervenções para abordar múltiplos fatores ao mesmo tempo era um desafio monumental. Medir o ônus econômico das DCNTs, também, era intrinsecamente difícil. A análise de custo da doença era complexa mesmo no caso de doenças transmissíveis, cujo período tem um começo e um fim definidos. Doenças não-transmissíveis podem durar a vida toda, o que dificulta muito a análise de seu custo verdadeiro. Esses obstáculos devem ser reconhecidos, mas certamente não devem parar os esforços para confrontar a epidemia de DCNTs na Região.

Em relação à possibilidade de os países apresentarem suas experiências com iniciativas de DCNTs, ele concordou que era uma boa sugestão. Contudo, propôs que uma reunião especial fosse organizada com esse propósito fora do horário de trabalho do Comitê Executivo para evitar uma sobrecarga na agenda do Comitê.

Centros Pan-Americanos (Documento SPP36/11)

O Sr. Roberto Rivero (Escritório de Análise e Planejamento Estratégico, OPAS) resumiu o documento sobre essa questão, que foi examinado pelo Subcomitê a pedido do Comitê Executivo. Ele começou revendo a definição de "centro multinacional" estabelecida pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana em 1979 e esclarecendo a diferença entre Centros Colaboradores e Centros Pan-Americanos. A diferença primária era que os Centros Colaboradores não recebiam necessariamente apoio financeiro da OPAS ou da OMS e eram independentes administrativamente da Secretaria da OPAS. A

OMS rejeitou a idéia de criar instituições de pesquisa sob sua proteção, mas a OPAS optou por estabelecer Centros Pan-Americanos como veículos de provisão de cooperação técnica, disseminação da informação e fomento de pesquisa e treinamento em países em desenvolvimento para formar capacidade científica e técnica local. Essa decisão foi motivada por três fatores principais: disponibilidade de recursos humanos qualificados na Região; uma relativa falta de instituições fortes de pesquisa, treinamento e cooperação técnica; e existência de interesse forte e apoio político dos Estados Membros. Treze centros foram estabelecidos entre 1949 e 1991. Desses treze, oito continuam operando hoje. O documento listou e categorizou os centros.

Com o passar dos anos os Centros Pan-Americanos introduziram várias inovações que os distinguiram de outras instituições internacionais nas Nações Unidas e sistemas interamericanos. Notadamente, utilizam pessoal nacional e internacional e forjaram laços com o setor privado, em alguns casos vendendo seus serviços e produtos. O financiamento sempre foi o calcanhar-de-aquiles dos centros, e os Órgãos Diretores expressaram repetidamente preocupação com sua viabilidade financeira. Em várias ocasiões, os Órgãos Diretores ofereceram orientação sobre as funções e operações dos centros e fixaram um critério para julgar seu desempenho. Em 1978 a Conferência Sanitária Pan-Americana estabeleceu que devem ser considerados como parte integral do programa da OPAS e um meio de atingir os objetivos do programa. Critérios adicionais aprovados em 1989 ofereceram um quadro para avaliar a efetividade contínua dos centros como uma modalidade da cooperação técnica. O documento descreve a situação dos Centros Pan-Americanos existentes em relação a esses critérios.

O Subcomitê acolheu a oportunidade de discutir o trabalho dos centros e ponderou sobre qual deve ser seu papel no futuro. O valor da contribuição dos centros para a pesquisa e o desenvolvimento de recursos humanos na Região foi sublinhado. Indicou-se que os centros desempenhavam um papel vital na ajuda a pequenos países que careciam de capacidade e recursos para realizar atividades por si sós. Particularmente, o papel crucial do Centro Epidemiológico Caribenho (CAREC) no apoio a programas nacionais de HIV/AIDS, tuberculose e outras doenças infecciosas foi salientado. Contudo, o Subcomitê afirmou a necessidade de reexaminar regularmente a eficácia e a viabilidade dos centros considerando as realidades políticas, financeiras e técnicas. No contexto atual de pressões orçamentárias, uma análise crítica dos centros foi considerada especialmente oportuna e importante.

Embora os delegados tenham concordado que o documento oferecia uma boa perspectiva histórica dos Centros Pan-Americanos, assinalaram que não tinha informação suficiente para permitir um exame profundo de muitas das questões levantadas. Em relação ao financiamento, por exemplo, não oferece muitos dados para que os Órgãos Diretores efetuassem uma análise de custo-benefício de cada atividade dos centros ou suas contribuições para pesquisas e treinamento dos recursos humanos. Informação mais

específica sobre os produtos dos centros e seus orçamentos também seria desejável. Embora o documento enfatizasse que os centros eram parte integral dos programas de cooperação técnica da OPAS, não analisou como se enquadram nas estratégias e planos de trabalho das várias divisões técnicas ou como os centros contribuíram para atingir os objetivos das divisões. Informação detalhada desse tipo era essencial para os Órgãos Diretores tomarem decisões bem informadas e equitativas sobre os centros, e deveria ser incluída na próxima versão do documento se o tema for encaminhado para o Comitê Executivo.

Os critérios de 1989 listados no documento foram considerados padrões válidos para avaliar a relevância contínua dos centros. Um delegado assinalou que um dos principais critérios para a fixação de prioridades em relação aos centros deve ser a extensão em que a saúde humana foi afetada por um determinante particular. Com base nesse critério, ele questionou se era apropriado para o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA), que se preocupava primeiramente com a saúde animal, continuar operando sob a égide da OPAS. Vários delegados expressaram apoio à venda de serviços como um meio de colocar os centros num estado financeiro mais sólido e reduzir sua dependência do orçamento regular da Organização. Contudo, eles também enfatizaram a necessidade de monitoramento rigoroso para evitar qualquer conflito de interesses e assegurar que essa forma de receita não faça os centros se desviarem da essência do mandato de proteger e melhorar a saúde humana. A flexibilidade, a criatividade e a capacidade de se adaptar às necessidades dos países foram consideradas essenciais para a sobrevivência dos centros. Os delegados sublinharam a necessidade de explorar novas opções e modelos para a cooperação técnica, incluindo os "centros virtuais" e a formação de redes colaboradoras.

O Sr. Rivero observou que a questão dos centros era bastante política. Como assinala o documento, nos anos 80 houve uma tentativa de começar a separar a Organização dos centros, mas pouco progresso foi feito nessa direção porque os Estados Membros e outros interessados se opuseram à idéia. Ele acreditava que os Órgãos Diretores haviam sido extremamente sábios quando decidiram considerar os centros individualmente, caso por caso, em vez de eliminar indiscriminadamente todos os centros. A resolução CSP20.R31, aprovada em 1978, estabeleceu avaliações regulares de cada centro. Atualmente, o Centro Pan-Americano para Ciências Ambientais e Sanitárias (CEPIS) estava sendo avaliado em termos de relevância, eficiência e efetividade. Os comentários dos delegados em relação às análises de custo-benefício e avaliação do impacto dos centros eram válidas. Contudo, embora fosse possível realizar uma estimativa do impacto dos centros, advertiu que seria um processo lento e caro. Respondendo à questão sobre PANAFTOSA, indicou que no final nos anos 70 a organização explorou a possibilidade de transferir a responsabilidade desse centro para o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) e/ou a Organização

para a Alimentação e Agricultura das Nações Unidas. Nada resultou desse esforço, contudo, porque outras organizações não estavam dispostas ou aptas a absorver o custo operacional do Instituto.

O Diretor assinalou que ministros da saúde e da agricultura reafirmaram repetidamente a importância crucial do trabalho da PANAFTOSA e do Instituto Pan-Americano para a Proteção dos Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), devido ao impacto inegável de zoonoses e segurança alimentar na economia e na saúde humana.

A observação do Subcomitê em relação à necessidade de flexibilidade foi bem recebida. De fato, os centros demonstraram grande flexibilidade e adaptabilidade no passar dos anos, mudando suas funções e atividades em resposta às mudanças nas necessidades e na tecnologia. Além disso, alguns centros foram fechados quando se descobriu que suas funções estavam sendo duplicadas ou não estavam sendo mais necessários porque os países haviam desenvolvido capacidade suficiente no nível nacional para desempenhar essas funções.

Ele enfatizou que os centros devem ser vistos como um aspecto essencial da cooperação técnica da Organização. Conforme indicado na discussão do Subcomitê, alguns centros ofereceram serviços que não estavam sendo oferecidos em nenhum outro lugar. Sua eliminação acabaria com esses serviços, o que certamente seria um prejuízo para os países que contavam com sua cooperação técnica. Era verdade que o financiamento tem sido um problema persistente para alguns centros. Contudo, ele manteve que era um erro pensar que os centros deviam ser auto-suficientes. A intenção nunca foi de que eles fossem auto-suficientes, assim como as divisões técnicas e os programas da Organização não eram auto-suficientes. Além disso, a situação financeira de vários países melhorou muito nos últimos anos com o aumento da arrecadação de cotas. Ele acreditava que os países valorizavam o trabalho dos centros e estavam dispostos a apoiá-los, embora sua situação financeira interna às vezes dificultasse isso. Os centros também estavam recebendo quantias crescentes de fundos extra-orçamentários. Apesar disso, a Secretaria procurava assegurar que os fundos de fontes externas ou venda de serviços não desviassem os centros das orientações do programa de cooperação técnica aprovadas pelos Estados Membros.

Ele não concordava com a visão de que a Organização continuaria a sofrer restrições orçamentárias. Havia um apoio crescente ao multilateralismo, principalmente após os ataques terroristas de setembro de 2001. Ele previa uma utilização crescente de estratégias multilaterais e, portanto, apoio crescente para instituições multilaterais como a OPAS.

A respeito da questão do encaminhamento do tema ao Comitê Executivo, ele acreditava que seria mais útil para o Comitê examinar um só centro profundamente, em vez de fazer uma discussão geral de todos os centros. Já que o relatório sobre a avaliação da CEPIS estaria completo quando o Comitê Executivo se reunisse, propôs que o Comitê concentrasse sua atenção nesse centro.

Outros Assuntos

O Presidente, atuando na qualidade de representante de El Salvador, presenteou o Diretor com uma placa comemorativa em apreciação ao trabalho da Organização e sua contribuição do seu pessoal para a melhora da saúde do povo de El Salvador. O Dr. Alleyne disse ter-se sentido honrado e privilegiado por servir aos países das Américas.

O Diretor anunciou que haveria uma cerimônia e uma recepção especial durante a Assembléia Mundial da Saúde em maio para marcar o centenário da OPAS.

Encerramento da Sessão

O Diretor expressou seu agradecimento ao Presidente pela maneira habilidosa e expedita com que conduziu a sessão e agradeceu aos delegados sua participação entusiasmada nas discussões e suas observações perspicazes sobre os documentos e apresentações.

O Presidente disse ter sido uma honra presidir a sessão e agradeceu a todos que contribuíram para seu sucesso. Ele então declarou encerrada a 36ª Sessão.

AGENDA

1. Abertura da sessão
2. Eleição do Presidente, de Vice-Presidente, e do Relator
3. Aprovação da agenda e do programa das sessões
4. Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002
5. Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007
6. Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
7. Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho
8. Saúde e Envelhecimento
9. Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna
10. Mulher, Saúde e Desenvolvimento
11. Resposta da Saúde Pública para às Doenças Crônicas
12. Centros Pan-Americanos
13. Outros Assuntos

LISTA DOS DOCUMENTOS

SPP36/1, Rev. 1 SPP36/WP/1	Aprovação da agenda e do programa das sessões
SPP36/3	Avaliação das Orientações Estratégicas e Programáticas 1999-2002
SPP36/4	Plano Estratégico para a Repartição Sanitária Pan-Americana para o Período 2003-2007
SPP36/5	Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância
SPP36/6	Extensão da Proteção Social na Saúde: Iniciativa Conjunta da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Internacional do Trabalho
SPP36/7	Saúde e Envelhecimento
SPP36/8, Rev. 1	Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna
SPP36/9	Mulher, Saúde e Desenvolvimento
SPP36/10	Resposta da Saúde Pública para às Doenças Crônicas
SPP36/11	Centros Pan-Americanos

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES***

**Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité**

***Canada
Canadá***

Mr. Nick Previsich
Senior Scientific Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Jodi Lynn Brown
Senior Policy Analyst
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Raquel Child
Jefa de la Oficina de Cooperación
y Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Cuba

Dr. Antonio D. González Fernández
Director de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sra. Marisabel de Miguel
Segunda Secretaria
Sección de Intereses de Cuba
Washington, D.C.

* Disponível somente em inglês e espanhol.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

El Salvador

Dr. José Francisco López Beltrán
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
San Salvador

Guyana

Dr. Rudolph O. Cummings
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Labour
Georgetown

Honduras

Dr. Humberto Cosenza Jiménez
Secretario Ejecutivo de Cooperación Técnica
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

United States of America
Estados Unidos de América

Mr. William Steiger
Special Assistant to the Secretary for International Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Members of the Subcommittee (cont.)
Miembros del Subcomité (cont.)

United States of America (cont.)
Estados Unidos de América (cont.)

Mr. Richard S. Walling
Director, Office for the Americas and Middle East
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Ann S. Blackwood
Director for Health Programs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Carol J. Dabbs
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau For Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Thomas Cooney
Foreign Affairs Officer
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Uruguay

Sr. Jorge Seré Sturzenegger
Ministro Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente del Uruguay ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

**Other Member States
Otros Estados Miembros**

***Brazil
Brasil***

Mr. Paulo Roberto Amora Alvarenga
Representante Alterno
Misión Permanente de Brasil ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Costa Rica

Mr. Luis Guardia Mora
Representante Alterno
Misión Permanente de Costa Rica ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

***Ecuador
Ecuador***

Sr. Luis Valencia
Consejero, Representante Alterno
Misión Permanente de Ecuador ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

Jamaica

Dr. Deanna Ashley
Director of Health Promotion and Protection
Ministry of Health
Kingston

Other Member States (cont.)
Otros Estados Miembros (cont.)

Mexico
México

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Relaciones Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora de Asuntos Bilaterales y Regionales Americanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Manuel Herrera
Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la
Organización de Estados Americanos
Washington D.C.

United nations Specialized Agencies
Agencias Especializadas de las Naciones Unidas

International Labour Organization
Organización Internacional de Trabajo

Mr. Emmanuel Reynaud
Chief of the Social Security Policy And Development Branch
Geneva, Switzerland

Mr. Pedro Crocco
Director for Latin America and the Caribbean of the STEP Program
Santiago, Chile

**Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud**

***Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité***

Dr. George A. O. Alleyne
Director

***Advisers to the Director
Asesores del Director***

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses Periago
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Directora, División de Promoción y Protección de la Salud

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Ciro de Quadros
Director, Division of Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Mr. Mark Mathews
Chief, Department of Budget and Finance
Jefe, Departamento de Presupuesto y Finanzas

Mr. Philip MacMillan
Chief of Department of Personnel
Jefe, Departamento de Personal

Dr. Karen Sealey (Technical Secretary/Secretaria Técnica)
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Pan American Health Organization *(cont.)*
Organización Panamericana de la Salud *(cont.)*

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Legal Counsel
Asesora Jurídica

Dr. Heidi V. Jiménez

Chief, Conference and Secretarial Services
Jefa, Servicios de Conferencias y Secretaria

Ms. Rosa Irene Otero