



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



134ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

Tema 3.1 da Agenda Provisória

CE134/5 (Port.)
7 maio 2004
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 38ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

1. O Subcomitê de Planejamento e Programação realizou a sua 38ª Sessão na sede da Organização, em Washington, D.C., em 24 e 26 de março de 2004.
2. A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou designados pelo Diretor: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Estados Unidos da América, Guatemala, Honduras e Peru. Estiveram também presentes observadores de México.
3. Foram eleitos para fazer parte da mesa os representantes de Barbados (Presidente), Argentina (Vice-presidente) e Brasil (Relator).
4. Durante a sessão, consideraram-se os seguintes temas da agenda provisória :
 - Metas de Desenvolvimento para o Milênio e metas para a saúde,
 - Observatório de Recursos Humanos em Saúde,
 - Acesso a medicamentos,
 - Expansão de sistema de saúde para uma resposta integrada ao HIV/AIDS,
 - Regulamentos Sanitários Internacionais : perspectivas da região das Américas,
 - Avaliação decenal da Iniciativa de Dados Básicos Regionais em Saúde,
 - Relatório de progresso do Grupo de Trabalho sobre Política Orçamentária Regional,

- Estratégia para aumento da arrecadação de cotas de contribuição, e
- 11º Programa Geral de Trabalho da OMS.

5. No item ‘Outros Assuntos’ também foram considerados os seguintes temas: Relatório do Grupo de Trabalho sobre a OPAS no Século XXI; Atualização da Secretaria sobre Eventos Recentes e Outros Assuntos de Interesse para o Subcomitê — Conferência Hemisférica sobre a Erradicação da Febre Aftosa, situação dos Centros da OPAS e situação da Convenção Básica sobre Controle do Tabaco; e Outros Assuntos Abordados pelos Estados Membros.

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

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



134ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

CE134/5 (Port.)
Anexo

SPP38/FR (Port.)
26 de março de 2004
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| Mesa diretora | 3 |
| Abertura da sessão | 3 |
| Aprovação da agenda e do programa de reuniões | 4 |
| Apresentação e discussão dos temas..... | 4 |
| Metas de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde | 4 |
| Observatório de Recursos Humanos em Saúde | 12 |
| Acesso a medicamentos | 18 |
| Ampliação dos Sistemas de Saúde para uma Resposta Integrada a VIH/AIDS | 24 |
| Regulamentos Sanitários Internacionais: Perspectivas da Região das Américas | 34 |
| Avaliação decenal da Iniciativa de Dados Básicos Regionais em Saúde | 37 |
| Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho sobre Política Orçamentária Regional...42 | |
| Estratégia para aumento da arrecadação de cotas de contribuição | 47 |
| Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS | 49 |
| Outros assuntos | 52 |
| Relatório do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI | 52 |
| Atualização pelo Secretariado sobre fatos recentes e outros assuntos de interesse do Subcomitê..... | 54 |
| Outros assuntos levantados pelos Estados Membros..... | 57 |
| Encerramento da sessão | 59 |
| Anexo A: Agenda | |
| Anexo B: Lista de documentos | |
| Anexo C: Lista de participantes | |

RELATÓRIO FINAL

1. A 38ª sessão do Subcomitê de Planejamento e Programação (SPP) do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 24 a 26 de março de 2004.

2. A reunião contou com a presença de representantes dos seguintes membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou indicados pelo Diretor: Argentina, Barbados, Brasil, Canadá, Guatemala, Honduras, Peru e Estados Unidos. Estiveram também presentes observadores do México.

Mesa diretora

3. Os seguintes Estados Membros foram eleitos para fazer parte da mesa diretora do Subcomitê na 38ª sessão:

Presidente: Barbados (Ex.^{mo} Jerome X. Walcott)

Vice-presidente: Argentina (Dr. Carlos Vizzotti)

Relator: Brasil (Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez)

4. A Dra. Mirta Roses Periago (diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como secretária *ex officio* e a Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento de Programas e Apoio de Projetos, OPAS) atuou como secretária técnica.

Abertura da sessão

5. A Diretora inaugurou a sessão e deu as boas-vindas aos participantes, estendendo-se em especial aos observadores. Como os membros estavam cientes, o SPP era o órgão envolvido com questões de planejamento e programação e, como tal, proporcionava orientação inestimável sobre as atividades da Organização. A atmosfera das sessões do Subcomitê caracterizava-se pela seriedade dos propósitos mas também pelo caráter um pouco menos formal com relação às sessões dos Órgãos Diretivos. Portanto, proporcionava um fórum ideal para o diálogo amistoso e produtivo entre os Estados Membros e o Secretariado em aspectos fundamentais do trabalho da Organização. A Diretora afirmou sua convicção de que as discussões durante a 38ª sessão seriam tão ricas e proveitosas como as sessões anteriores do Subcomitê.

6. Durante a sessão, além de tratar dos assuntos da agenda formal do Subcomitê, os Estados Membros teriam a oportunidade de receber atualizações sobre várias atividades atuais e futuras, incluindo preparativos para a segunda Semana Anual de Vacinação nas Américas e a comemoração do Dia Mundial da Saúde. Além disso, haveria uma exposição breve sobre a situação no Haiti e os esforços da OPAS para ajudar o país. Ao Subcomitê também seria apresentado um relatório sobre os avanços do Grupo de Trabalho para a OPAS no século XXI.

7. O Presidente deu também as suas boas-vindas e agradeceu aos membros pelo seu voto de confiança em eleger Barbados para atuar como presidente do Subcomitê.

Aprovação da agenda e do programa de reuniões (Documentos SPP 38/1, Rev. 1. e SPP 38/WP/1, Rev. 1)

8. De acordo com o Artigo 2 do Regulamento Interno, o Subcomitê aprovou a agenda provisória e um programa de reuniões.

Apresentação e discussão dos temas

Metas de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde (Documento SPP38/4)

9. A Dra. Ilona Kickbusch (assessora sênior para as Metas de Desenvolvimento para o Milênio e Metas para a Saúde, OPAS) descreveu em linhas gerais os principais componentes da estratégia da OPAS para fortalecer o compromisso e o apoio para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio (MDM) nos países das Américas. Inicialmente assinalou que o enfoque às MDM descritas no documento refletiam uma nova forma de cooperação técnica e de trabalho entre programas da Organização. Também observou que o documento não continha muitos exemplos de países da Região e informou que há uma pesquisa em andamento sobre o avanço para cumprir as MDM e haveria maiores dados próprios dos países no documento a ser apresentado ao Comitê Executivo.

10. Era importante ressaltar que as MDM faziam parte do Pacto de Desenvolvimento para o Milênio entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, por meio do qual a comunidade internacional havia assumido o compromisso de colaborar para ajudar todos os países a cumprir as metas. Essa era uma das novidades das MDM: não se tratavam de metas de um setor específico, mas metas da comunidade internacional e dos governos como um todo. Embora muitas das metas eram questões de longa data do setor da saúde, a adoção da Declaração do Milênio fez com que passassem a ser dificuldades a resolver por todos os setores de governo e de organizações não-governamentais (ONGs), assim

como do setor privado. As MDM, portanto, trouxeram o investimento na saúde da população para o centro da agenda global de desenvolvimento.

11. Contudo, um fórum de alto nível reunido recentemente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial constatou que, até o momento, o avanço nas MDM relacionadas à saúde havia sido muito lento, sobretudo em países de baixa renda. Assim, a Diretora da RSPA decidiu que o trabalho da Organização com relação às MDM deveria se concentrar sobretudo em cumprir as metas nos cinco países prioritários identificados no Plano Estratégico para 2003–2007 (Bolívia, Guiana, Haiti, Honduras e Nicarágua). Como havia a impressão de que as MDM não eram conhecidas na Região como deveriam, várias atividades importantes foram organizadas para conferir maior visibilidade às metas e conseguir um maior compromisso para o seu cumprimento por parte dos vários setores e partes interessadas.

12. Uma destas atividades foi uma conferência realizada em Brasília, no Brasil, em novembro de 2003, que reuniu líderes políticos e representantes de organizações regionais. A Declaração de Brasília, aprovada neste encontro, salientava a importância de se obter consenso político para a execução das MDM nas Américas. A Declaração proporcionou uma boa orientação sobre a contribuição a ser dada pelos diferentes segmentos da sociedade para cumprir as metas. Um aspecto crucial da Declaração foi a convocação de parlamentares e do setor privado para apoiar as MDM.

13. A OPAS considerava as MDM um conjunto de ações indivisível, no qual as metas e projetos individuais poderiam ser considerados relativamente a determinantes da saúde, incluindo determinantes sociais clássicos, como pobreza, discriminação sexual e educação; determinantes ambientais, como água e saneamento; e novos determinantes globais, como questões relacionadas ao comércio e auxílio para o pagamento de dívidas. Tal visão permitia verificar a interação entre desenvolvimento e saúde e entre as metas não relativas à saúde e enxergar as metas de saúde como uma contribuição ao desenvolvimento, redução da pobreza e melhor qualidade de vida. A ênfase da agenda incompleta de saúde, como expressa nas MDM de saúde, também ajudava a destacar questões de equidade, tanto internas quanto entre os países.

14. Quatro princípios básicos serviram de guia para o enfoque da OPAS em dar apoio aos países para cumprir as MDM: (1) propriedade nacional, (2) governabilidade responsável e desenvolvimento direcionado, (3) cálculo de custos de investimento para atingir os grupos populacionais mais carentes, e (4) plano de ação, não caridade. As metas estratégicas da Organização para apoio aos países visavam a uma maior conscientização sobre as prioridades de saúde e investimento nestas áreas; intensificar a ação para o desenvolvimento da saúde nacional e promover o cumprimento das MDM; integrar a ação para o cumprimento das MDM com iniciativas para as metas e projetos

em saúde e políticas sanitárias orientadas a resultados nas Américas; uma maior instrução em saúde e poder de decisão das comunidades; melhorar a aferição em âmbito regional, sub-regional e nacional dos avanços por meio de dados de saúde desagregados e de alta qualidade; iniciar trabalhos de pesquisa para fortalecer a base de dados comprovados e produzir novos conhecimentos; integrar as dimensões estratégicas da ação para o cumprimento das MDM com outros esforços estratégicos; e atrair e aumentar a cooperação com outros parceiros, sobretudo em âmbito nacional, para obter resultados.

15. Um aspecto fundamental do enfoque da OPAS foi incorporar a ação para o cumprimento das MDM em todas as suas atividades atuais em vez de fazer delas o foco de iniciativas ou programas individuais. Como parte deste esforço, a Organização iniciou conversações com o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) com a finalidade de conseguir um maior compromisso com as MDM na Agenda Conjunta para a Saúde nas Américas, e também integrar as MDM em sua colaboração com outros parceiros em âmbito nacional. Por fim, um aspecto das MDM que foi considerado especialmente importante era a sua forte conexão com o progresso da democracia, especialmente pela participação das comunidades nas próprias questões de saúde e pela promoção do debate na sociedade quanto aos direitos humanos, equidade e acesso aos serviços mais básicos que as populações, sobretudo as mais vulneráveis, devem ter com relação à saúde.

16. O Subcomitê aplaudiu o compromisso da OPAS em ajudar os países da Região a cumprir as metas e projetos formulados na Declaração do Milênio e expressou o apoio geral à cooperação técnica e atividades descritas no documento. Apoio particular foi dado aos esforços da OPAS de integrar a sua atuação para as MDM em programas e atividades existentes e sua ênfase em tratar de contextos nacionais próprios e promover a propriedade nacional das ações para cumprir as metas como dos benefícios resultantes deste trabalho.

17. Os delegados destacaram a necessidade de dar enfoque ao que for necessário em âmbito nacional para traduzir as MDM em ação concreta. Vários deles relataram medidas já adotadas em seus respectivos países para cumprir as metas. Vontade política e apoio parlamentar foram considerados cruciais; contudo, assinalou-se que o apoio político por parte de um único governo não seria suficiente, visto que o cumprimento das metas requerer um compromisso sustentado ao longo do tempo. O delegado da Guatemala observou que uma certa “blindagem política” se fazia necessária para proteger o trabalho relativo às MDM e assegurar sua continuidade, independentemente de mudanças na liderança política. Outro delegado notou que, em muitos casos, os países que poderiam mais se beneficiar com as ações contidas nas MDM seriam aqueles que ainda não incorporaram plenamente as metas como parte integrante de suas políticas nacionais ou lhes conferiram a prioridade merecida. Isso em parte porque as MDM continuavam a ser vistas como uma iniciativa diferenciada e isolada, não como um sistema geral de políticas

que poderia abarcar muitas iniciativas. Mais trabalho era assim necessário para mostrar a estreita relação entre as MDM e outras iniciativas regionais e globais de saúde e desenvolvimento, especialmente incluindo o Plano de Ação da Cúpula das Américas. Além disso, havia necessidade de converter as MDM em planos locais, subnacionais e nacionais com metas desagregadas e meios de monitoramento para saber onde as ações precisariam ser fortalecidas para garantir que o trabalho de cumprimento das metas estivesse contribuindo para reduzir iniquidade e desigualdades.

18. Alocação e mobilização de recursos foram também consideradas fundamentais para o êxito dos países no cumprimento das MDM. A este respeito, o delegado de Honduras assinalou que países necessitavam de ajuda, em primeiro lugar, para calcular o quanto seria preciso investir nos próximos 10 a 15 anos para que governos pudessem planejar seu próprio orçamento e pedidos de cooperação externa. O delegado do Peru chamou atenção para o problema de países como o seu, que recentemente havia sido classificado como de renda média e, em consequência, vira seriamente reduzida sua capacidade de obter recursos de organismos internacionais de desenvolvimento e crédito. Paralelamente, no entanto, não dispunha de recursos próprios suficientes para financiar os custos crescentes para cumprir as MDM. Esta situação, que de maneira alguma é exclusiva do Peru, deveria ser levada em consideração nas discussões com os doadores mencionados no parágrafo 35 do documento.

19. Sugeriu-se que uma outra maneira pela qual a OPAS poderia apoiar os países seria auxiliá-los a planejar a ajuda existente de modo mais eficiente e eficaz e a conciliar e integrar os esforços dos parceiros internacionais de cooperação. Nesse sentido, um delegado assinalou que os diversos organismos de cooperação possuíam metodologia e maneiras próprias de medir resultados, que não necessariamente coincidiam com o do país assistido, e enfatizaram que, para assegurar a propriedade nacional, deveriam adotar o enfoque de atuar tendo como finalidade comum ajudar os países a cumprir as MDM. Outro delegado salientou a necessidade de integração interministerial e pediu para que a OPAS ajudasse os países facilitando a formação de parcerias e o esforço conjunto entre os diversos ministérios envolvidos com o cumprimento das MDM. A cooperação entre os países era também considerada uma estratégia-chave para mobilizar os recursos técnicos e financeiros necessários e incentivou-se a OPAS a ajudar os países a formar tais parcerias bilaterais.

20. No tema dos recursos, o delegado do Canadá recordou que, vários anos atrás, o Canadá havia sugerido que os documentos de trabalho preparados pelos Órgãos Diretivos contivessem dados sobre os custos associados às atividades em questão e a parcela do orçamento da OPAS dedicado a elas. Tais dados permitiriam aos Estados Membros entender melhor o orçamento e a realidade financeira da Organização. O Canadá, portanto, incentivaria o Secretariado a incluir nos documentos de trabalho futuros dados

sobre orçamento e recursos, inclusive recursos financeiros e humanos. Sua delegação também recomendava que todos os documentos incluíssem dados sobre a repercussão esperada das atividades da Organização em populações vulneráveis, em especial crianças, mulheres, adultos de mais idade e grupos indígenas.

21. Embora o Subcomitê considerava os projetos propostos no parágrafo 38 do documento um bom ponto de partida para a ação da OPAS com relação às MDM, foram levantadas algumas questões e feitas várias sugestões para melhorar o enfoque da Organização relativo às metas e a próxima iteração do documento. Alguns delegados também apresentaram outras observações e sugestões por escrito.

22. A delegada dos Estados Unidos afirmou que a sua delegação considerava a visão sobre globalização apresentada no documento — sobretudo a premissa de que era a causa fundamental da pobreza e iniquidade — tendenciosa e por demais generalizada. Era opinião dos Estados Unidos que a OPAS não tinha a competência e a autoridade para realizar, como proposto, uma análise sistemática da repercussão sobre a saúde de determinantes contextuais maiores e de políticas, tais como acordos comerciais, políticas de imigração e econômicas. A delegada enfatizou que a OPAS deveria se concentrar na sua missão técnica e atuar junto aos países para dar-lhes a capacidade necessária para tornar mais eficaz o uso de dados na formulação de políticas nacionais e no controle e avaliação dos avanços para o cumprimento das metas.

23. Quanto ao parágrafo 14, destacou-se que a definição do termo “bem público” não era clara, nem estava claro como poderia ser garantido o acesso gratuito a tais bens. Além disso, não parecia haver qualquer justificativa para a reorientação da política e estratégia propostas neste parágrafo. Vários outros termos usados no documento também precisavam ser esclarecidos, pois ofereciam interpretações variadas. Entre eles, “governabilidade multidimensional” e “nova pobreza”. Além disso, o documento precisava fazer a distinção entre as Metas de Desenvolvimento para o Milênio e as metas e projetos decididos em acordo pelos Estados Membros na Declaração do Milênio aprovada em 2000. O termo “Metas de Desenvolvimento para o Milênio” referia-se às metas formuladas posteriormente pelas Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e outras organizações e, embora houvesse grande sobreposição entre a Declaração do Milênio e as MDM, estas últimas não haviam sido necessariamente formalmente aceitas pelos Estados Membros.

24. Com relação ao parágrafo 23, que pedia aos países para reforçar o seu compromisso com o princípio de que os cidadãos não deveriam ser excluídos do acesso a serviços de saúde, independentemente de sua capacidade de pagar, recomendou-se que a última parte desta sentença deveria ser ampliada para “independentemente de idade, grupo étnico, sexo, renda ou local de residência”. Com relação ao parágrafo 25, que assinalava ser a discriminação sexual um determinante social clássico de saúde,

incentivou-se a OPAS a dar ênfase à importância da saúde sexual e reprodutiva para o cumprimento de algumas das MDM, incluindo a saúde materna, redução da mortalidade infantil, combate à HIV/Aids e erradicação da pobreza extrema e fome. A Organização foi também incentivada a combinar as idéias sobre o enfoque integrador descrito nos parágrafos 32–34 do documento, visto que a integração das metas e projetos nos programas existentes era primordial ao novo enfoque proposto pela OPAS. Além disso, recomendou-se que o documento deveria identificar com maior clareza os enfoques a serem usados pela OPAS para ajudar os países na adaptação das metas e projetos definidos de forma geral aos próprios contextos nacionais.

25. Quanto ao parágrafo 37, solicitou-se ao Secretariado que explicasse mais detalhadamente se os esforços para equiparar o planejamento da OPAS com as MDM significariam uma reestruturação da Repartição e como os cinco países prioritários receberiam ajuda direta para cumprir as metas por meio da iniciativa da OPAS. Considerou-se que a seção “Próximos passos” ao final do documento deveria ser mais bem elaborada, mais detalhada e propostas datas para o relatório sobre o trabalho da equipe de MDM. Quanto à proposta para a criação de um fórum intelectual de alto nível/grupo consultor sobre política, sugeriu-se que o trabalho deste grupo devesse seguir as recomendações do Fórum de Alto Nível sobre as MDM para a Saúde, reunido em Genebra em janeiro de 2004.

26. Por fim, o Subcomitê enfatizou a necessidade de monitoramento contínuo para acompanhar os avanços nas MDM. Esperava-se que os sistemas usuais de coleta de dados seriam usados para esta finalidade. Os delegados receberam com satisfação a colaboração da OPAS na Rede de Métricas de Saúde (Health Metrics Network, HMN) e afirmaram seu apoio a um sistema de relatórios regulares de progresso por região e países.

27. A Dra. Kickbusch agradeceu o Subcomitê por suas observações muito úteis, que seriam levadas em consideração ao revisar o documento. Em especial, o Secretariado se esforçaria para esclarecer alguns dos conceitos e terminologia destacados pelos delegados. Além disso, seria esclarecida a relação entre as MDM e a Declaração do Milênio, seria explicado como as MDM haviam sido expandidas desde a Cúpula do Milênio em 2000 e tratariam também de mostrar a relação entre as MDM e outros compromissos regionais e globais. Ela observou que haviam várias melhoras desde a primeira versão do documento. Por exemplo, a equipe de estratégia das MDM havia sido formada na OPAS e o processo de integrar as MDM nos diversos programas e áreas de trabalho havia começado de fato. A próxima versão do documento conteria mais dados sobre os últimos avanços, tanto do Secretariado como dos Estados Membros. Além disso, o Secretariado estabelecerá uma Intranet para manter informado o pessoal da OPAS na sede e nos países. Futuramente, a Intranet também poderia ser usada como um

instrumento de comunicação para manter os Estados Membros informados das atividades em andamento e dos avanços para o cumprimento das metas.

28. Uma das questões-chave da OPAS era determinar o conjunto de ferramentas que poderia ser oferecido aos países com o “modo” de cumprir as MDM. Para esse fim, a equipe para as MDM mantinha estreito contato com colegas do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que estavam também trabalhando neste conjunto de instrumentos. Um dos primeiros objetivos da equipe era criar um conjunto de instrumentos em colaboração com a rede de municípios para boa saúde no nível local. A equipe estava também estudando o “modo” para a formação de parcerias. Conversações com o pessoal dos escritórios nacionais da OPAS/OMS haviam indicado que as MDM os impelia a atuar com novos parceiros, mas que eles necessitavam de apoio para desenvolver as aptidões necessárias e o Secretariado estava examinando a melhor forma de aproveitar esta oportunidade.

29. Ela fez questão de destacar três pontos em particular que haviam sido levantados durante a discussão. Em primeiro lugar, com respeito ao fórum de alto nível em Genebra, as regiões não haviam sido convidadas a participar nem consultadas sobre quais países de cada região deveriam estar representados no fórum. Assim, a região das Américas não foi bem representada ou não a um nível suficientemente alto. O Secretariado havia tratado do assunto com colegas da OMS e Banco Mundial e estava procurando resolver o problema da participação regional, sobretudo levando-se em consideração a proposta de realizar fóruns regionais. Ela assegurou ao Subcomitê que a equipe para as MDM estava buscando a melhor forma como a OPAS poderia contribuir com as recomendações resultantes do fórum de alto nível.

30. Em segundo lugar, com relação às conexões interministeriais mencionadas, o Secretariado havia iniciado discussões com a Organização dos Estados Americanos (OEA) sobre como os ministérios da saúde e educação poderiam colaborar, sobretudo para a meta de instrução em saúde e como a OPAS deveria fazer a intermediação para facilitar a colaboração. A OPAS achava fundamental a conexão entre saúde e educação ao processo de MDM porque uma maior instrução em saúde contribuiria para o cumprimento de praticamente todas as metas de saúde. Em terceiro lugar, o Secretariado estava desenvolvendo uma estratégia de comunicação quanto às MDM. Como primeiro passo, estava analisando documentar algumas das experiências em andamento em uma edição da revista da Organização *Perspectives in Health*. Além disso, o Secretariado esperava usar o Dia Mundial da Saúde do ano seguinte, cujo tema seria saúde materno-infantil, como um veículo de comunicações para as MDM.

31. Em conclusão, ela enfatizou que o objetivo do Secretariado era desenvolver um enfoque matriz às MDM que cumpriria um dos objetivos principais da Diretora: assegurar uma atuação mais integrada da OPAS. As metas não eram vistas com um

“suplemento”, mas como algo que ajudaria a fortalecer o trabalho já em andamento em diversas áreas e programas. Portanto, não havia nenhum plano de fazer uma grande reestruturação ou reorganização.

32. A Diretora afirmou que para OPAS, e para ela pessoalmente, havia um senso de urgência em torno das MDM, pois já havia transcorrido quase um terço do período para o cumprimento das metas mas não se havia tomado a ação necessária para garantir a sua execução. Por esse motivo, a OPAS via as MDM como uma convocação para ação e o seu enfoque estava impregnado deste senso de urgência. A Organização percebeu que se a finalidade era demonstrar liderança no que diz respeito às MDM, estas não poderiam ser consideradas como um outro projeto para o qual era preciso mobilizar recursos por um determinado período. Em vez disso, era fundamental reorganizar e adaptar os recursos existentes para cumprir as metas na data prevista.

33. Lamentavelmente, desde o início havia uma percepção de que as MDM não eram aplicáveis às Américas, uma vez que a maioria dos países já havia atingido ou estava próximo de cumprir as metas. Contudo, as Américas eram conhecidas por ser a região do globo de maior desigualdade e o valor fundamental cultuado nas MDM era equidade. Por meio da Iniciativa de Dados Básicos em Saúde, a OPAS adquiriu experiência durante 10 anos na avaliação de indicadores básicos e mensuração de iniquidade e as constatações acumuladas neste período demonstraram que a Região enfrentava dois desafios principais com relação às MDM: (1) alguns países da Região — sobretudo os cinco países prioritários — estavam em situação de real desvantagem em face de outros países da região e necessitavam de assistência dos países irmãos para atingir os níveis de saúde e desenvolvimento pretendido nas MDM; e (2) internamente, todos os países das Américas apresentavam iniquidade, e vários deles estavam entre os países de maior desigualdade do planeta. Quanto aos países pobres com grandes dívidas e os países prioritários na Região, era opinião da OPAS que a comunidade internacional tinha uma responsabilidade fundamental de prestar apoio e demonstrar solidariedade. Mas quanto aos outros países, havia uma responsabilidade nacional básica de realocar recursos e formular políticas internas mais equitativas. Logo, a Região tinha sim muito a fazer no que se referia às MDM.

34. Desfazendo a noção de que as MDM não se aplicavam às Américas, ou não eram um motivo de preocupação, a etapa inicial da atuação da OPAS havia sido na região. Posteriormente, a Organização teve de decidir o enfoque a ser dado à sua atuação com respeito às metas. Como foi dito pela Dra. Kickbusch, a OPAS não considerava as MDM uma nova iniciativa ou projeto que necessitaria reestruturação ou reorganização, exceto no sentido funcional. Como para Saúde para Todos, eram uma autoridade de integração e uma lente por meio da qual o Secretariado deveria considerar tudo o que seria feito,

sendo o objetivo principal assegurar que, por volta do ano 2015, as Américas já não seriam mais a região global de maior desigualdade.

35. O fortalecimento das redes existentes — de municípios, instituições religiosas, mulheres, jovens, escolas promotoras da saúde e outros — e sua persuasão a também adotar as MDM era um componente importante da atuação da Organização, assim como a integração das iniciativas em andamento, tal como a iniciativa para a mortalidade materna, para o esforço para o cumprimento das MDM. De modo semelhante, a atuação da Organização na área de indicadores precisava ser revisada com vistas a acelerar a identificação de grupos populacionais, zonas geográficas e setores nos países realmente necessitados ou defasados quanto aos diversos conceitos contidos nas MDM.

36. Para a OPAS, um verdadeiro êxito no próximo ano seria dar uma cara às MDM ao identificar, por exemplo, as pessoas e comunidades para as quais as metas continuavam sendo apenas um sonho inimaginável e para as quais era inconcebível que as condições de vida pretendidas nas metas fossem algo a que tivessem direito como parte dos direitos humanos. Esse era o objetivo efetivo da Organização com relação às MDM: dar visibilidade às pessoas vivendo nestas situações e fazer das metas um motor para realizar as mudanças nas suas comunidades.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde (Documento SPP38/5)

37. O Dr. Charles Godue (chefe da unidade, Desenvolvimento de Recursos Humanos, OPAS) deu dados atualizados ao Subcomitê sobre o progresso da iniciativa Observatório de Recursos Humanos, lançada em 1999 e sancionada pelo Conselho Diretor em 2001, por meio da Resolução CD43.R6, que reiterava aos Estados Membros que “participassem ativamente da iniciativa do Observatório de Recursos Humanos, facilitando a criação de grupos intersetoriais e interinstitucionais em cada país para analisar a situação, gerar dados básicos e formular propostas em política, regulamentação e gestão de recursos humanos”. Ele lembrou que a OPAS havia assumido uma função importante de liderança na área de recursos humanos na Região durante as reformas setoriais da década de 90. Em especial, em 1997, quando organizou uma reunião regional na Costa Rica sobre o tema “Recursos humanos: um fator crítico para a reforma do setor da saúde”. Antes disso, praticamente não havia discussão sobre o assunto dos recursos humanos nos processos de reforma, exceto do ponto de vista puramente utilitário de como os recursos humanos poderiam ser adaptados aos objetivos e propósitos dos sistemas de saúde.

38. A questão dos recursos humanos na Região tinha um caráter dinâmico e em expansão. Havia problemas novos e emergentes, mas também havia problemas antigos associados a 30 anos de desequilíbrio da força de trabalho em saúde. Este desequilíbrio era, em parte, uma questão de geografia, com uma distribuição bastante desigual do pessoal da saúde em relação à distribuição da população como um todo e, em parte, uma

questão da diversidade de qualificação, sobretudo no predomínio de médicos em relação a outros profissionais da área de saúde. Havia também problemas relativos aos diferentes sexos e direitos nos serviços de saúde.

39. Estes problemas haviam adquirido novas dimensões no curso dos processos de reforma e descentralização, com suas implicações para a capacidade do governo central de definir políticas e normas para a gestão de recursos humanos. A globalização trouxe novos desafios ou intensificou os existentes, incluindo problemas quanto à migração do pessoal da saúde e equilíbrio de qualificações nos processos de integração. Alguns dos problemas tinham o potencial para se tornar obstáculos estruturais ao cumprimento de políticas de saúde e o desenvolvimento de sistemas de saúde orientados para equidade, eficiência e acesso universal.

40. Fundamentalmente, o Observatório era um sistema conceitual e metodológico direcionado para a formulação de políticas de recursos humanos em apoio às políticas do setor de saúde. Baseava-se em três princípios principais. Primeiro, era uma iniciativa por país; segundo, reunia os respectivos participantes para colaborar na tomada de decisões e desenvolvimento de políticas no cenário dos recursos humanos e, terceiro, buscava uma maior disponibilidade de informações e maior acesso e uso dos fatos disponíveis para sustentar a formulação de políticas para o setor.

41. Um total de 21 países fazia parte da iniciativa, alguns deles com vários observatórios. A dinâmica, pontos de acesso, prioridades e linhas de trabalho variavam de um país a outro, mas o propósito comum do Observatório era o de proporcionar um fórum para discussão interinstitucional e intersetorial para a formulação de políticas nas áreas de planejamento, regulamentação e educação e formação profissional na medida em que se relacionavam aos recursos humanos em saúde.

42. Entre os participantes da iniciativa do Observatório estavam ministérios da Saúde, instituições acadêmicas e organizações trabalhistas e profissionais. Havia também uma participação bastante ativa por parte dos escritórios nacionais da OPAS/OMS. Esta contribuição consistia no financiamento de oficinas e seminários, criação de bancos de dados e websites do observatório e financiamento de pesquisa, estudos de casos e publicações. Em nível central, a OPAS participava proporcionando assistência técnica para o desenvolvimento dos observatórios. A iniciativa também recebeu importante financiamento da Agência de Desenvolvimento e Cooperação Internacional da Noruega (NORAD), cuja contribuição era muito apreciada.

43. Havia quatro aspectos principais para o desenvolvimento futuro da iniciativa. Em primeiro, havia um compromisso renovado pelos governos da Região com a questão prioritária de desenvolvimento de recursos humanos e, sobretudo, com a iniciativa do

Observatório. Em segundo, a ênfase estava nos cinco países prioritários, onde havia o desafio duplo de responder de imediato a problemas urgentes de recursos humanos e, paralelamente, trabalhar para implantar os mecanismos necessários e bases institucionais para desenvolver um enfoque de médio prazo para o desenvolvimento de recursos humanos. Em terceiro, a intensificação do trabalho na área de formação de profissionais de recursos humanos, uma área em que havia escassos programas de formação profissional na Região. Por fim, o quarto era o grande desafio de fortalecer a capacidade de pesquisa de operações na área de recursos humanos de acordo com os interesses ou prioridades dos países.

44. A OPAS estava convencida de que a questão dos recursos humanos na década atual era de importância estratégica fundamental para o cumprimento dos objetivos de saúde e a criação de políticas de saúde direcionadas ao acesso universal, equidade, ênfase na atenção primária à saúde e a capacidade de ajustar as mudanças aos perfis demográficos, epidemiológicos e sociais das populações. Se a prioridade necessária não seria dada à questão, teria o potencial de se converter num obstáculo ao progresso, dificultando a realização de objetivos maiores, como as MDM relacionadas à saúde e a meta da OMS de “3 em 5” (provisão de tratamento anti-retroviral a 3 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em países em desenvolvimento em fins de 2005). Era, portanto, essencial examinar como os problemas em recursos humanos e desequilíbrios na distribuição e diversidade de qualificação da força de trabalho em saúde poderiam ser resolvidos para alcançar estas metas ambiciosas.

45. O tema dos recursos humanos era muito complexo e, inevitavelmente, implicava adotar uma perspectiva de médio prazo, pois não havia solução imediata. Era preciso compromisso fundamental por parte das diversas partes envolvidas e a firme liderança dos ministérios da Saúde, aliado a investimento contínuo ao longo do tempo em capacitação nas áreas de planejamento, regulamentação, gestão e educação de recursos humanos.

46. O Subcomitê recebeu com satisfação a ajuda que a iniciativa do Observatório poderia dar aos países para a formulação de políticas de recursos humanos. Vários delegados informaram sobre a situação dos recursos humanos em seus países e os esforços que estavam sendo feitos para recrutar mais profissionais da saúde, incluindo iniciativas em formação profissional e educação. O delegado de Barbados, observando com pesar que seu país ainda não participava do Observatório, informou que agora estavam empenhados em um plano de desenvolvimento de recursos humanos e esperavam se aliar à iniciativa em breve. Ele solicitou reiteradamente para que a OPAS acelerasse o seu programa de participação dos países da Comunidade do Caribe (CARICOM) e Fórum do Caribe (CARIFORUM), e também convocou os países caribenhos a participar ativamente.

47. Destacou-se que as causas da escassez de recursos humanos em saúde enfrentada por muitos países eram complexas, tinham suas raízes na história e, em grande parte, não eram limitadas por fronteiras. Satisfazer a demanda crescente e em transformação dos serviços de saúde com uma força de trabalho de provedores de atenção capacitados, positivos e motivados era uma tarefa assustadora. Os países estavam tendo dificuldade de recrutar e reter profissionais da saúde em todos os níveis, em um momento em que os sistemas de saúde estavam se tornando cada vez mais complexos e os meios nacionais e internacionais convergiam em termos de prioridades e desafios, o que requeria uma série de habilidades diferentes.

48. As recomendações dos delegados para o trabalho futuro do Observatório foram as seguintes: que este deveria concentrar-se no desenvolvimento de conjuntos de dados básicos válidos e confiáveis que permitisse comparações entre jurisdições e países; que não deveria ser apenas uma entidade de pesquisa acadêmica mas um recurso importante, atual e responsivo para formuladores de políticas e responsáveis pela tomada de decisões; que deveria integrar seu trabalho àquele em andamento em organismos paralelos, incluindo a OMS e a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), para evitar esforço repetido; que deveria seguir posicionando os recursos humanos de saúde não apenas como “importante ao sistema de saúde” mas como a base do sistema; que precisava tratar das características demográficas populacionais em transformação, incluindo a migração tanto interna como externa dos países da Região; e que a OPAS poderia contribuir de forma valiosa com vistas no futuro ao promover fóruns regulares sobre políticas de saúde que reuniriam os Estados Membros para tratar de questões de interesse do continente americano, como a migração e credenciamento de profissionais da saúde.

49. Foi sugerido que entre as prioridades dos recursos humanos deveriam estar as necessidades dos países de fazer projeções em termos de números e composição da força de trabalho em todos os níveis, não apenas de médicos, como também enfermeiras, dentistas, farmacêuticos e outros profissionais da saúde. Foi também considerado importante identificar as qualificações médicas e não médicas necessárias para elaborar programas de estudos e planejar sistemas de ensino para assegurar a existência destas. Além disso, deveriam ser dados ao pessoal incentivos para proporcionar atenção de qualidade e eles precisariam ter capacidade de gerenciamento e liderança necessária para garantir a provisão da atenção.

50. Com relação ao documento, embora tenha sido reconhecido que uma maior mobilidade dos recursos humanos de saúde em toda a Região e no mundo estava criando novos desafios, foi lamentado o fato de o documento não fazer menção aos aspectos positivos da globalização, como maiores oportunidades para cooperação técnica, tecnologia como uma porta para expandir o conhecimento em todos os níveis da

sociedade e melhores oportunidades educacionais, incluindo intercâmbios e educação à distância. Considerou-se, também, que a iniciativa do Observatório, como descrita no documento, não tinha uma estratégia de avaliação definida. A resposta de tais iniciativas seria melhor se fossem incluídos objetivos quantificáveis para acompanhar o progresso, identificar e abordar os pontos fracos precocemente. Além disso, foi sugerido que os dados sobre os recursos humanos e financeiros da OPAS investidos na iniciativa, relativos aos resultados obtidos, deveriam ser incorporadas ao documento.

51. Foi assinalado que cada vez mais se acreditava que variados setores, além do tradicional setor da saúde, teriam um papel a desempenhar em assuntos da saúde. Comunicações, ética, sistema de educação e outras áreas repercutiam também na saúde. O setor da educação, em particular, tinha uma função crucial que em grande parte determinaria a quantidade e a qualidade dos recursos humanos em saúde pública.

52. O Dr. Godue agradeceu aos participantes por suas observações bastante úteis e estimulantes. Ele concordou com a necessidade de um conjunto sólido de dados básicos, observando que, de modo ideal, tais dados deveriam permitir comparações entre países. Tal seria muito benéfico mas havia desafios importantes a serem vencidos para implantar este sistema. Ele também concordou que seria importante a participação por instituições educacionais e também que o Observatório não deveria se converter em uma torre de marfim puramente acadêmica. Pelo contrário, deveria ser um mecanismo para dar apoio à tomada de decisões e formulação de políticas. Para essa finalidade, a colaboração com outras organizações era de importância capital. O Observatório mantinha uma estreita relação com os departamentos de recursos humanos da OMS e com a Organização Internacional do Trabalho.

53. Com respeito às vantagens da globalização para intercâmbio de informações e educação, ele observou que a OPAS estava cogitando uma variedade de modalidades de formação, incluindo cursos virtuais on-line. A intenção era gerar uma comunidade de idéias em que boas práticas pudessem ser compartilhadas. Quanto aos comentários sobre a previsão de necessidades, ele afirmou que um dos objetivos da iniciativa do Observatório era contar com a participação de instituições educacionais nos efetivos processos de planejamento futuro de recursos humanos em termos de aptidões e dados demográficos. Recordando que havia esboçado a iniciativa do Observatório por país, ele enfatizou que ficava a cargo de cada país decidir as próprias prioridades com relação aos recursos humanos. Foi interessante observar diferentes desencadeantes do programa do Observatório em países diversos, como um conflito com um sindicato trabalhista, ou um problema de pessoal em um hospital, ou qualquer um dos vários acontecimentos que geraram toda uma exposição de questões maiores.

54. Ele saudou a entrada prestes de Barbados como participantes do Observatório e agradeceu ao delegado pela interessante sugestão com respeito à CARICOM e

CARIFORUM. Observando que a falta de profissionais de enfermagem era um problema específico do Caribe, ele assinalou que a iniciativa atual referente à migração de enfermeiras nesta sub-região era também uma fonte para se conhecer a migração e o tipo de políticas para tratar da questão, não necessariamente com a intenção de impedir a mobilidade profissionais de enfermagem, mas talvez para chegar a alternativas políticas, tais como um acordo de compensação entre o país de destino e o país que havia custeado a educação e formação destes profissionais.

55. A Diretora fez questão de destacar três pontos principais com relação ao tema dos recursos humanos. O primeiro foi a importante questão da migração da força de trabalho e sua relação com acordos comerciais e o relaxamento de muitas exigências que no passado haviam limitado o movimento dos recursos humanos entre países. O relaxamento das restrições não necessariamente costumava vir com a proteção dos interesses da população, sobretudo no caso dos recursos humanos em saúde. Ela chamou atenção a diversos enfoques interessantes dados à questão na esfera internacional. Por exemplo, o Commonwealth tinha um código de comportamento ético (o qual recebeu contribuição da OPAS) que precisava ser seguido quando um país contratava pessoal médico de um outro país.

56. Evidentemente, a saúde não poderia ser abordada simplesmente do ponto de vista das regras do mercado. Faziam-se necessárias políticas para garantir a proteção da saúde da população, especialmente em países “exportadores” de profissionais da saúde. Na Região havia casos em que novas instalações de saúde, como maternidades, eram construídas ou equipadas mas depois não havia pessoal para integrar seus quadros porque todos haviam emigrado para outros países que ofereciam melhores condições de trabalho e remuneração. Alguns países não fizeram planejamento sobre o perfil do pessoal da saúde de que necessitariam e quando perceberam que havia falta de profissionais, simplesmente pegaram o atalho de oferecer maiores salários. Neste caso, havia claramente a necessidade de políticas que ultrapassassem as fronteiras nacionais. A este respeito, deverá ocorrer nos próximos meses uma conferência internacional sobre duas questões inter-relacionadas: a migração de profissionais da saúde e a saúde dos migrantes, a ser organizada pela Organização Internacional do Trabalho e Organização Internacional para Migração, com a participação pela OPAS.

57. Em segundo lugar, poderia se justificar a introdução do tema da iniciativa do Observatório não apenas em âmbito nacional mas também sub-regional, como Barbados havia sugerido no caso da CARICOM. O momento presente era propício para ter uma visão mais ampla de credenciamento, perfis e reconhecimento recíproco de qualificações no Caribe. Esse tema havia também sido debatido na América Central, região andina e MERCOSUL, e havia sido feita uma análise preliminar da repercussão de fronteiras mais

abertas para o processo de credenciamento e liberdade de exercer profissões da área médica.

58. O terceiro ponto da Diretora foi relacionado à ampliação do alcance do Observatório a outros temas ainda não cobertos, como formação em sensibilidade cultural, necessário sobretudo na América Central e países andinos. Em tais países, era importante que profissionais da saúde conhecessem ao menos um dos idiomas indígenas da população que atendiam. Havia igual necessidade de sensibilidade com relação aos diferentes sexos. Essas expressavam o enfoque a questões de saúde baseado na equidade, defendido pela OPAS. Outras questões que poderiam ser examinadas eram a formação de técnicos de saúde — visto que várias universidades técnicas estavam fechando as portas — e o trabalho voluntário invisível de mulheres em saúde. Com relação a isso, o Observatório poderia ajudar a determinar a repercussão do trabalho voluntário dadas as oportunidades limitadas das mulheres de desempenhar um papel ativo no desenvolvimento de seus países.

Acesso a medicamentos (Documento SPP38/6)

59. O Dr. James Fitzgerald (assessor regional, Sistemas de Administração de Provisões na Área da Saúde, OPAS) explicou que o conceito de provisões essenciais na área da saúde pública ia além do fornecimento de medicamentos essenciais e relacionava-se especificamente a produtos farmacêuticos e provisões médicas necessários para alcançar as metas estabelecidas em programas prioritários de saúde pública e seu uso racional, o qual tinha repercussão direta sobre o controle e prevenção de doenças. Vários países da Região instituíram departamentos específicos ligados ao ministério da Saúde que promoviam a regulamentação de provisões essenciais da área da saúde pública e o acesso equitativo a estas. Estes departamentos eram responsáveis pela instituição e análise de listas básicas de medicamentos essenciais e outras provisões fundamentais necessários em serviços e programas prioritários de saúde pública.

60. O debate em curso sobre o acesso a provisões essenciais na área de saúde pública prosseguia em todos os níveis da sociedade nas Américas, movido pela questão de como ter acesso equitativo a bens públicos básicos necessários salvar vidas e melhorar a sua qualidade, sobretudo das populações pobres e marginalizadas. Ao abordar esta questão, a OPAS tinha como guia as Metas de Desenvolvimento para o Milênio: 4 (reduzir a mortalidade infantil), 6 (combater a infecção pelo HIV/Aids, malária e outras doenças) e 8 (em especial a meta 17: fornecer medicamentos essenciais a um preço acessível em países em desenvolvimento).

61. A estrutura conceitual para apresentar os determinantes de acesso poderia ser vista de diferentes perspectivas, mas independentemente do modelo eleito, o acesso a provisões essenciais na área de saúde pública dependeria das escolhas feitas durante o

processo de seleção, preços e fatores para fixação de preços, administração do abastecimento de produtos primários, disponibilidade de financiamento adequado e sistema financeiro envolvido. Contudo, esses não eram os únicos fatores: muito freqüentemente, as opções disponíveis e decisões a serem tomadas nestas áreas eram guiadas e direcionadas por opções e decisões tomadas em outra parte, tais como na formulação de políticas, regulamentação setorial, normas de qualidade e o uso racional de produtos. Deveria ser também levada em consideração a influência de economias globais, regionais e nacionais, que interferiam com o volume de recursos que poderia ser empregado na questão do acesso desigual a provisões na área de saúde pública, e das condições do mercado, que poderiam comprometer o abastecimento de produtos disponíveis em um determinado mercado.

62. As linhas estratégicas apresentadas na política de medicamentos da OMS para 2004–2007 compreendiam quatro áreas principais: plano de ação, qualidade e segurança, acesso e uso racional. Adaptando elementos da política proposta da OMS ao contexto regional, propunha-se no Documento SPP38/6 a elaboração de quatro linhas de trabalho principais: promoção de uma política coerente de medicamentos genéricos como meio de melhorar a disponibilidade e o uso de medicamentos essenciais de qualidade; desenvolvimento de estratégias de contenção de custos para provisões essenciais na área da saúde pública, com enfoque na fixação de preços e propriedade intelectual; fortalecimento de sistemas de abastecimento de produtos primários na área da saúde pública para garantir continuidade e disponibilidade e desenvolvimento de mecanismos regionais de compra em pool como uma opção viável para o abastecimento da área de saúde pública com provisões essenciais de baixo custo.

63. A estratégia proposta se basearia na principal vantagem dos medicamentos genéricos, a saber, seu custo-benefício na prestação de assistência de saúde. Contudo, o desenvolvimento de uma política coerente de medicamentos genéricos não era isento de desafios. Era preciso obter um consenso sobre o significado “genérico” e esta definição deveria estar incluída na legislação e regulamentos devidos. Além disso, sistemas eficazes de garantia da qualidade precisariam ser implantados para assegurar que as normas estivessem de acordo com os requisitos estabelecidos na legislação nacional e que as autoridades nacionais teriam ferramentas apropriadas para avaliar a qualidade do produto. Também seria necessário assegurar o cumprimento das boas práticas de fabricação pelos fabricantes e obter dos atacadistas a garantia de que a qualidade dos produtos não seria comprometida ao longo da cadeia de provisão.

64. A aceitação dos medicamentos genéricos pelo público, fundamental para o êxito da política, só poderia ser conseguida por meio de parcerias entre os setores público e privado. Por exemplo, governos poderiam desenvolver um conjunto de medidas de incentivos econômicos para a fabricação, registro, prescrição e uso racional de

medicamentos genéricos. Em seu apoio aos países por meio da Rede Pan-Americana de Harmonização Farmacêutica (PANDHR), a OPAS se encontrava em boa posição para dar orientação sobre regulamentação de medicamentos genéricos. O trabalho feito por meio da Rede poderia ser complementado com intercâmbios entre países e a formulação e execução de políticas com ênfase na aceitação e incentivos para promover o uso racional.

65. O termo “contenção de custos” era relativamente novo e se aplicava geralmente a processos bem estabelecidos. Vários estudos demonstravam que a maneira mais eficaz de reduzir o custo dos medicamentos e provisões para a saúde pública seria aumentar o número de opções disponíveis de fontes. Era importante que os envolvidos com a regulamentação e a compra de produtos tivessem dados adequados sobre os fatores que determinavam a concorrência e conhecessem os fatores que interferiam com os preços.

66. Em relação à terceira linha de ação proposta, havia pouca informação sobre as características, pontos fortes e pontos fracos dos sistemas atuais de administração de abastecimento em países da Região. Havia a necessidade de mapear e avaliar estes sistemas e examinar as lições aprendidas na formação de sistemas centralizados ou descentralizados. Esta necessidade era muito mais patente devido à maior ênfase dada à administração do abastecimento de produtos primários pelas fontes de financiamento como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária. Dentro dos sistemas de administração de abastecimento, os mecanismos de compra para provisões essenciais para a área da saúde pública tinha particular importância. Com recursos sendo trazidos por agentes diversos para serem empregados na Região, era essencial manter o enfoque no país, priorizando as necessidades nacionais em vez dos compromissos da agência de financiamento. Deveriam ser estimulados princípios como a pré-qualificação de fornecedores para facilitar a compra e registro dos produtos.

67. Ao se considerar a opção da compra em pool, seria importante rever a experiência com o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS, usando as lições aprendidas para a criação de outros mecanismos de compra. Ao ser criado em 1979, o Fundo Rotativo reunia um capital de US\$ 1 milhão¹ e contava com a participação de 19 países para a compra de cinco vacinas. Atualmente, o Fundo dispunha de um capital de US\$ 24 milhões, contava com 35 países participantes e 12 vacinas, e vinha contribuindo significativamente para atingir os objetivos prioritários de vacinação nas Américas ao dar apoio aos países para compra, abastecimento e uso de produtos primários. Outra opção para a compra em pool era o Fundo Estratégico da OPAS, estabelecido para ajudar os países na compra de produtos para HIV/Aids, tuberculose e malária. Embora 11 países haviam assinado convênios de participação com o Fundo, até o momento este havia sido usado por apenas uns poucos países. O Fundo poderia se converter em um instrumento eficaz para assegurar o abastecimento contínuo de produtos para a área da saúde pública e

¹ A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários nesse relatório são expressos em moeda norte-americana.

capacitar pessoal em administração de provisões, mas para isso seria necessário ratificar novamente o compromisso político, dar novo direcionamento ao acordo de cooperação técnica que apóia o Fundo, rever os procedimentos administrativos que regulam a sua operação e criar canais de comunicação com os países.

68. As linhas estratégicas estabelecidas no documento foram propostas como áreas fundamentais para a ação futura, destinadas a complementar programas existentes. De natureza interprogramática, seriam utilizados no trabalho recursos existentes em diversos setores do Secretariado, sobretudo nas unidades que trabalham com HIV/Aids, tuberculose e malária. Apoio adicional viria do conhecimento e da experiência dos países, assim como da competência e da experiência dos centros colaboradores da região. As linhas de ação propostas seriam discutidas mais a fundo e aperfeiçoadas por um grupo de trabalho, que provavelmente se reuniria na sede da OPAS em Washington em maio de 2004, trazendo a colaboração dos escritórios nacionais da OPAS/OMS assim como de outros importantes colaboradores externos.

69. O Subcomitê agradeceu o Secretariado pelo relatório e pelo importante apoio expresso às quatro linhas de ação principais propostas. Com relação aos medicamentos genéricos, concordou-se que havia necessidade de um debate conceitual e de obter consenso entre os critérios dos países sobre a constituição dos medicamentos genéricos e suas diferentes visões sobre a melhor forma de promover o acesso a estes remédios. Além disso, era preciso atentar à repercussão de acordos comerciais multilaterais e bilaterais para o acesso aos medicamentos, sobretudo aos novos no mercado, como os anti-retrovirais. Outra questão que merecia consideração era se o surgimento dos medicamentos genéricos poderia interferir com o desenvolvimento de novos medicamentos. Considerou-se que a questão da qualidade dos medicamentos era muito importante e que o tema precisava ser discutido mais a fundo. Visto que a regulamentação governamental dos medicamentos genéricos era essencial para assegurar a confiança do público no seu uso, o Subcomitê via com satisfação a disposição da OPAS em dar assistência aos países para estabelecer normas básicas que conduziriam à aceitação pública.

70. Na área de estratégias de contenção de custos, reiterou-se para que a OPAS fornecesse orientação imparcial e fundamentada em fatos e levasse em consideração as pesquisas em curso e os diversos modelos. Destacou-se que a OMS havia recentemente iniciado um estudo sobre fixação de preços dos medicamentos e esperava-se que a OPAS se baseasse neste trabalho. Uma delegação afirmou que não era conveniente o rígido controle de preços, pois com frequência produzia o efeito involuntário de fazer com que os consumidores pagassem pelos medicamentos genéricos mais do que o necessário. Outra questão levantada neste sentido era a necessidade de regulamentação das farmácias para assegurar que a economia de custos que viesse a ser conseguida pelos governos no

atacado não fosse consumida no varejo. Incentivou-se a OPAS a dar assessoramento técnico e apoio para ajudar os países a abordar este problema.

71. O Subcomitê observou que muitos países precisam melhorar seus processos de compra. Tal era de responsabilidade dos governos centrais, pois as compras de produtos e serviços estavam a cargo não apenas dos ministérios da Saúde mas também de outras áreas e a OPAS poderia prestar um apoio valioso. Quanto ao fortalecimento da provisão de produtos primários e sistemas de distribuição, sugeriu-se que as condições de armazenamento e transporte e situação física das fábricas fossem incluídas juntamente com os elementos que faziam parte da análise da cadeia de administração de provisões. Além disso, os países necessitavam de ajuda para o planejamento de suas necessidades, tanto de medicamentos como de provisões não-farmacêuticas, que muitas vezes faltavam nas Américas.

72. O Subcomitê elogiou o trabalho do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, mas declarou que, antes de considerar a criação de outro fundo regional, era essencial ter conhecimento dos custos e métodos de operação dos dois fundos existentes e determinar o comprometimento de recursos com o secretariado responsável pela sua gestão.

73. Diversos membros do Subcomitê expuseram problemas relativos ao acesso a medicamentos em seus países e iniciativas empreendidas para promover o uso de medicamentos genéricos ou ampliar o acesso a eles. Outros explicaram os sistemas de regulamentação que regiam a provisão de medicamentos genéricos aos mercados de seus países e dispuseram-se a colocar estes dados à disposição do Secretariado e de outros Estados Membros.

74. O Dr. Fitzgerald agradeceu aos delegados por suas observações, assegurando-os de que os interessantes pontos levantados seriam levados em consideração pelo grupo de trabalho no seu empenho de aperfeiçoar o enfoque da OPAS para a cooperação técnica nessa área. Em particular, ele agradeceu aos diversos países que ofereceram compartilhar seus conhecimentos. Ele concordou que a compra de provisões era uma questão crítica e observou que os vários países envolvidos com as propostas do Fundo Global poderiam beneficiar-se do apoio técnico nesta área. A combinação das necessidades dos vários países resultaria em uma economia de proporção considerável. Ele esclareceu que a proposta não era criar um novo fundo de compra, mas dar novo alento ao Fundo Estratégico, rever sua dinâmica, dar nova orientação ao conjunto de medidas de cooperação técnica, abordar questões administrativas e aprender com os conhecimentos adquiridos com o Fundo de Vacinas. A intenção era criar um instrumento de cooperação técnica que ajudaria os países a elaborar planos de compra para suas propostas ao Fundo Global e capacitar pessoal nacional para a administração de provisões.

75. Concordando que o enfoque para a contenção de custos deveria ser baseado em dados comprovados, ele explicou que estavam trabalhando para determinar precisamente quais os dados disponíveis com relação a certas fontes de recursos ou classes de medicamentos e avaliar se havia a necessidade de adotar enfoques diferentes para as diversas situações. Com relação aos medicamentos genéricos, afirmou que os genéricos e os medicamentos patenteados não eram mutuamente excludentes. Pesquisa e desenvolvimento eram muito importantes para o tratamento e prevenção de doenças e era possível avançar tanto no desenvolvimento de novos medicamentos patenteados como na fabricação de medicamentos genéricos. Por fim, ele corroborou que a ajuda para a regulamentação das farmácias seria um elemento importante da atuação da OPAS na área de administração da rede de abastecimento e o objetivo seria ajudar os países a garantir que o custo-benefício que viesse a ser conseguido no início do processo não fosse perdido ao final da cadeia.

76. A Diretora confirmou que a intenção não era criar um novo sistema de compra. De fato, a OPAS já tinha três sistemas de compra: o Sistema Geral de Compra, Fundo Rotativo para Compra de Vacinas e Fundo Rotativo para Provisões Estratégicas de Saúde Pública, também conhecido como Fundo Estratégico. Além disso, existiam outros mecanismos de compra em âmbito global para apoiar países em negociações e compra de medicamentos.

77. No enfoque que a OPAS propunha para melhorar o acesso aos medicamentos, um conceito extremamente fundamental era a transparência, crucial para ganhar a confiança e aceitação do público. Ela verificou em suas visitas a países da Região, por exemplo, que a imprensa e o público tinham muita desconfiança quanto aos medicamentos genéricos. Em vão, ela destacava que 30% do mercado de medicamentos dos Estados Unidos era representado por medicamentos genéricos ou que, na Suíça, 100% dos medicamentos adquiridos pelo setor público eram genéricos (exceto quando não havia um medicamento genérico para determinado problema), mas persistia a desconfiança de que os medicamentos genéricos eram de qualidade inferior e empurrados ao consumidor dos países pobres. Com frequência, esta desconfiança estava associada à falta de transparência na compra pública.

78. Assim, havia uma grande necessidade de transparência para que o público pudesse ver o que seu governo comprava e por que motivos. Havia necessidade igualmente grande de transparência no processo de prescrição de medicamentos e na relação provedor-paciente, para que todos envolvidos tivessem dados suficientes para fazer uso racional dos produtos. A falta de conhecimento da população sobre medicamentos também favorecia a adulteração e outros fenômenos indesejáveis. A este respeito, ela concordou que, em alguns casos na Região, as farmácias eram os elos mais frágeis da cadeia de abastecimento, sendo que algumas vendiam até medicamentos

adulterados. Tais questões estavam sendo discutidas pela Rede Pan-Americana de Harmonização Farmacêutica, da qual a OPAS ocupa o Secretariado.

79. Ela mostrou-se muito satisfeita com o fato de que o Subcomitê havia respaldado o enfoque proposto pelo Secretariado e concordou que o foco deveria ser ampliar o acesso aos medicamentos. Com relação ao grupo de trabalho mencionado pelo Dr. Fitzgerald, ela esclareceu que se tratava de um grupo interno, não um órgão regional de consulta. Este avaliaria a situação atual na Região para identificar os pontos fortes e pontos fracos da OPAS nessa área, incluindo a disponibilidade de recursos humanos, para permitir à Organização melhorar apoio dados aos países e ampliar o acesso a medicamentos e outras provisões da área da saúde pública.

Ampliação dos Sistemas de Saúde para uma Resposta Integrada a VIH/Aids (Documento SPP38/7)

80. A Dra. Carol Vlassof (chefe da unidade de HIV/Aids, OPAS) relatou ao Subcomitê os esforços da OPAS para acelerar e melhorar a resposta à epidemia de HIV/Aids na Região. Ela começou por apresentar os dados estatísticos sobre a dimensão e as tendências da epidemia na América Latina e Caribe, observando que esta última sub-região tinha a segunda maior prevalência mundial e que a prevalência também crescia de forma contínua em algumas partes da América Latina, sobretudo na América Central. Apesar dos desafios enfrentados na Região, as circunstâncias no entanto eram favoráveis para uma resposta melhor, clara e focada. Havia atualmente intervenções bem-sucedidas de combate ao HIV/Aids, tanto no campo da prevenção como do tratamento e havia maior acesso à terapia com anti-retrovirais e os preços menores praticados na Região em 2003 fizeram do tratamento universal uma meta realizável.

81. A criação do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, as duas sessões especiais da Assembléia Geral das Nações Unidas dedicada ao combate do HIV/Aids e a adoção das Metas de Desenvolvimento para o Milênio ajudavam a estimular um maior compromisso político e financeiro em âmbito global. No âmbito regional, em junho de 2003, a OPAS liderou a maior cooperação entre os copatrocinadores regionais do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), dando início a reuniões regulares dos diretores regionais destes organismos. A Iniciativa 3 em 5, lançada pelo diretor-geral da OMS e com respaldo da OPAS, proporcionava uma nova oportunidade para expandir a resposta ao HIV/Aids na Região. Em escala global, visava a proporcionar terapia com anti-retrovirais a 3 milhões de pessoas vivendo com HIV/Aids em países em desenvolvimento até fins de 2005. Na Região, a meta adotada pelos chefes de Estado e de governo na recente Cúpula Especial das Américas, realizada em Monterrey, no México, era facilitar o tratamento para, pelo menos, 600 mil pessoas até 2005.

82. A OPAS havia tomado várias medidas para promover a Iniciativa 3 em 5 na Região. Formou um grupo central interno e um grupo de estudos englobando o grupo central, outros funcionários da OPAS, representantes nacionais e de ONGs. O Grupo de Estudos 3 em 5 reuniu-se em Washington em janeiro de 2004 e concordou com a seguinte meta para a OPAS: colaborar com os Estados Membros para uma maior contribuição possível no sentido de aumentar a sobrevivência e melhorar qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids na Região e, paralelamente, avançar para cumprir a meta máxima de proporcionar acesso universal aos anti-retrovirais para os necessitados, como parte dos direitos humanos, como um método eficaz de prevenção e como uma medida contra discriminação daqueles vivendo com HIV/Aids. O Grupo de Estudos também definiu orientações estratégicas, ações e indicadores, que poderiam ser acessados no website da OPAS. O Secretariado estava atualmente em vias de transformar estas estratégias em ações nas sub-regiões e países prioritários, e o Orçamento Bienal para Programas (OBP) foi adaptado e equiparado de acordo. A responsabilidade de execução das orientações estratégicas seria compartilhada pela Unidade de HIV/Aids na sede da entidade e outras unidades da OPAS, em Washington e nos países. O orçamento também sofreu ajustes para permitir missões e atividades conjuntas.

83. A desproporção calculada de tratamento na América Latina e Caribe era de 174 mil pessoas, mas este cálculo estava sendo atualizado para completar uma análise mais recente da situação, que proporcionaria dados de base para controlar a Iniciativa na Região. Os países foram priorizados segundo a prevalência da infecção pelo HIV e a cobertura de terapia com anti-retrovirais. Os países de alta prevalência e baixa cobertura foram considerados de maior prioridade, pois claramente requeriam atenção urgente para sanar esta discrepância no tratamento, mas aqueles de baixa prevalência e baixa cobertura também foram considerados prioritários por oferecer potencial para prevenção e tratamento abrangentes, portanto evitando grandes ônus pela infecção no futuro. O Caribe e América Central foram as sub-regiões de maior prioridade.

84. Felizmente, havia cada vez mais recursos disponíveis para terapia com os anti-retrovirais na maioria dos países prioritários e a OPAS poderia desempenhar uma função importante ao coordenar os esforços para maximizar estes recursos. Dado uma maior disponibilidade de recursos, a Iniciativa 3 em 5 servia de motor para impulsionar o trem, do sistema de saúde. Havia lacunas claras que a OPAS poderia ajudar a sanar para fortalecer os sistemas de saúde, incluindo serviços de laboratório, controle de compra e de qualidade de medicamentos e produtos primários, capacitação para exame voluntário e orientação, prevenção da transmissão vertical de mãe para filho, provisão de atenção e tratamento para infecções sexualmente transmissíveis (DST) e Aids e fornecimento de informações, monitoramento e avaliação estratégicos.

85. Com respeito ao financiamento disponível na OPAS e externamente para atividades relacionadas ao HIV/Aids, fundos do orçamento ordinário para a Unidade de HIV/Aids cresceram 44% no OBP para 2004–2005 comparado com o OBP para 2002–2003, mas o financiamento extra-orçamentário havia sido reduzido em 31%, diminuindo a quantia total de financiamento atualmente disponível de US\$ 2.771.783 para US\$ 2.192.379. No entanto, esperava-se que os fundos extra-orçamentários teriam um aumento posterior no período. A arrecadação de fundos para a Iniciativa 3 em 5 em âmbito regional era prioridade e havia várias propostas em desenvolvimento. Os recursos da OMS eram limitados, mas pouco antes havia sido liberado um financiamento para um cargo de coordenador da Iniciativa em âmbito regional e outro para o Haiti. Recursos adicionais para a Guiana estavam previstos para a segunda leva de países, mas deveria ser reconhecido que era pouco provável que o apoio da OMS à Região seria suficiente para permitir alcançar as metas. Os recursos humanos em âmbito regional eram também limitados, com apenas quatro profissionais, um dos quais era uma pessoa indicada conjuntamente pela OPAS-UNAIDS. Lamentavelmente, a Unidade de HIV/Aids estava perdendo seu funcionário graduado de Comunicações devido à falta de financiamento. Para compensar o número pequeno de pessoal, a Unidade dependia de contribuições de outros membros da equipe central e colaborava com outros parceiros, tanto em âmbito regional como nos países. Além disso, a nomeação do coordenador da Iniciativa 3 em 5 preencheria uma grande lacuna na Unidade.

86. Esperava-se que a repercussão das atividades da Iniciativa 3 em 5 em grupos vulneráveis fosse substancial. Por exemplo, mulheres e crianças seriam ajudados por meio da prevenção da transmissão vertical de mãe para filho, formação em orientação de apoio aos diferentes sexos e aos jovens e teste como parte de um esforço colaborativo entre a Unidade de HIV/Aids e a Unidade da Saúde da Criança e do Adolescente e por meio de um projeto de nutrição para crianças com HIV/Aids, a ser realizado conjuntamente pela Unidade de HIV/Aids e a Unidade de Nutrição. Além disso, havia discussões em andamento com empresas farmacêuticas para fornecer os anti-retrovirais gratuitamente às populações mais desfavorecidas dos países da Região.

87. O Subcomitê foi convidado a fazer comentários sobre a estratégia proposta e sugestões com respeito à função da OPAS para fortalecer os sistemas de saúde para uma resposta integrada ao HIV/Aids.

88. O Subcomitê elogiou a OPAS em seus esforços para expandir a resposta ao HIV/Aids por meio da Iniciativa 3 em 5 e respaldou as estratégias apresentadas no documento. Os delegados expressaram seu apoio, sobretudo, para o enfoque da Organização de implementar a Iniciativa 3 em 5 como parte de um esforço mais amplo para fortalecer os sistemas de saúde; à promoção de uma resposta integrada e abrangente, incluindo prevenção, tratamento e atenção; e incorporação de uma perspectiva de direitos

humanos e atenção dada ao problema da estigmatização da doença e discriminação de pessoas vivendo com HIV/Aids.

89. Embora o Subcomitê tenha concordado com as estratégias propostas, vários delegados foram de opinião de que deveria ser dada mais ênfase à prevenção e controle de comportamentos de risco. Embora foi considerado muito importante cumprir a meta de provisão de tratamento a 600 mil pessoas vivendo com HIV/Aids até 2005, assinalou-se que prevenção continuava sendo uma estratégia crucial no combate ao HIV/Aids. Foi também observado que a maior disponibilidade de terapia com anti-retrovirais poderia fazer com que as pessoas se preocupassem menos com a prevenção e o controle de riscos e, portanto, considerou-se vital continuar a promover mudança de comportamentos e incentivar comportamentos saudáveis, como a abstinência sexual para jovens, fidelidade para pessoas casadas e para aqueles em relações estáveis e o uso correto e regular de camisinha para grupos de alto risco. Foi destacada a importância de direcionar os esforços de prevenção aos jovens. A este respeito, assinalou-se que os setores da educação e comunicação de massa tinham um enorme potencial para chegar aos jovens, mas não estavam sendo usados o bastante nos esforços de prevenção do HIV/Aids. Incentivou-se a OPAS a usar o seu prestígio e influência na Região para ter uma maior participação destes setores.

90. Assinalou-se que um grande desafio com relação ao fortalecimento dos sistemas de saúde era melhorar sua capacidade de identificar e chegar até as pessoas que necessitavam de anti-retrovirais. Em alguns países, embora recursos do Fundo Global e outros tenham permitido oferecer tratamento para um número significativamente maior de pessoas vivendo com HIV/Aids, o sistema não era capaz de chegar a todos aqueles que atualmente excluídos do tratamento. Outro desafio era que a pressão para satisfazer a demanda de serviços de HIV/Aids estava exigindo demais da capacidade dos sistemas de saúde de responder a outros problemas de saúde igualmente importantes.

91. O Subcomitê realçou a importância da colaboração entre países e diversos membros ofereceram compartilhar seus conhecimentos técnicos e recursos com outros membros da Região. O delegado do Brasil observou que seu país estava colaborando com a Bolívia, Equador e Peru em um projeto bastante eficaz de prevenção de HIV/Aids que recebeu apoio da OPAS. O país estava também colaborando, como parte do grupo de colaboração técnica horizontal da América Latina e Caribe, para a criação de uma base de dados de preços de medicamentos anti-retrovirais, um instrumento importante para reduzir os preços do medicamento. O grupo também solicitou o apoio da OPAS para esta iniciativa. O delegado de Barbados, expressando o desejo de seu país de compartilhar as suas instalações e conhecimentos com outros países e aprender com as outras experiências, mostrou-se surpreso diante do fato de que o exemplo extraordinário de seu país na prevenção, atenção e tratamento de HIV/Aids não havia sido mencionado no

documento. Desde o surgimento da epidemia, houve forte apoio político à prevenção e controle do HIV/Aids em Barbados, como demonstrado pela criação de uma comissão de HIV/Aids com a gestão direta e liderança do primeiro-ministro. Desde julho de 2002, a resposta à doença foi ampliada, com resultados notáveis, incluindo diminuição significativa da morbidade e mortalidade e redução das internações hospitalares e dias de internação relacionados ao HIV/Aids.

92. Os delegados também salientaram a necessidade da colaboração entre países para fortalecer a prevenção e o controle da infecção pelo HIV/Aids em zonas fronteiriças. A este respeito, o observador do México informou que, no contexto do Plano Puebla-Panamá seu país, junto com Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua, e Panamá, estariam em breve apresentando um projeto sobre HIV/Aids em populações móveis para financiamento do Fundo Global.

93. Reiterou-se que OPAS continue a ajudar os países a desenvolver propostas para apresentação ao Fundo Global e prossiga usando a sua influência para fazer baixar o preço dos medicamentos anti-retrovirais, que ainda têm um custo acessível para muitas populações na Região. Com relação ao Fundo Global, os delegados lamentaram que, de acordo com os critérios atuais de elegibilidade, muitos países de renda média e média-alta não conseguiram se beneficiar da assistência do Fundo. O delegado dos Estados Unidos observou que seu país estava se empenhando, e continuaria a se empenhar, para mudar os critérios de elegibilidade e tornar todos os países da América Latina e Caribe elegíveis à assistência do Fundo Global. Ele agradeceu o Secretariado por seu apoio neste esforço.

94. Os Estados Unidos também elogiaram o empenho da OPAS em promover esquemas simplificados de tratamento, instrumentos padronizados, protocolos para aconselhamento e teste e o uso de combinações seguras e eficazes, em doses fixas, de medicamentos de alta qualidade para proporcionar um tratamento mais eficiente e promover a aderência dos pacientes. Nesse sentido, o delegado anunciou que os Estados Unidos, junto com a OMS, UNAIDS e a Comunidade para o Desenvolvimento do Sul da África (SADC), estariam patrocinando uma conferência técnica, a ser realizada em Botswana na semana seguinte, sobre combinações medicamentosas em doses fixas para Aids, tuberculose, e malária. Era uma satisfação que vários países das Américas estariam participando deste evento.

95. Em resposta às observações do Subcomitê, a Dra. Vlassof esclareceu que os números do orçamento por ela anteriormente apresentado incluíam somente as quantias alocadas à Unidade de HIV/Aids e não refletiam todos os recursos que estavam sendo destinados a atividades relacionadas ao HIV/Aids em toda a Organização. Ela reconheceu que Barbados deu um exemplo notável que poderia ser proveitoso a outros países e disse que os dados sobre experiência deste país estariam incluídas na próxima revisão do documento. A base de dados sobre preços de medicamentos mencionada pelo Brasil

também era muito útil e, embora a OPAS acreditasse que os países deveriam negociar seus próprios preços, a Organização sem dúvida poderia ajudar ao facilitar o acesso a dados sobre os preços praticados por outros países.

96. Quanto à prevenção, a OPAS certamente reconhecia a importância desta, mas a Unidade de HIV/Aids era uma unidade pequena que teve de enfrentar muitas exigências. A Unidade considerava que sua atuação para a prevenção era de ajudar a fortalecer e ampliar a capacidade atual de prevenção dos serviços de saúde. Por ser pequena, a Unidade considerava que deveria concentrar o trabalho, como na Iniciativa 3 em 5. Contudo, este enfoque certamente não excluía a prevenção. Por exemplo, um dos delegados havia mencionado a importância de atuar em escolas para a prevenção da infecção pelo HIV/Aids, algo que a OPAS procurava promover por meio de seus cofinanciadores da UNAIDS. A Organização estava também procurando melhorar sua colaboração com a Organização Internacional do Trabalho, que tinha um modelo excelente para conseguir uma melhor proteção social no local de trabalho para pessoas vivendo com HIV e Aids.

97. Com relação aos jovens, um projeto para a saúde da criança e do adolescente em curso havia vários anos estava agora sendo ampliado para incorporar um enfoque de aconselhamento de colegas, com uma forte participação dos jovens. Quanto à comunicação e atuação da mídia em programas de prevenção de HIV/Aids, a Unidade havia desempenhado um papel importante na capacitação nesta área.

98. Ela não falou muito em sua apresentação sobre o problema da estigmatização, mas na verdade este foi provavelmente o fator mais importante ao se elaborar a Iniciativa 3 em 5. Como o Subcomitê destacou, a estigmatização fez com que se tornasse muito difícil atingir populações que necessitavam de tratamento, e ministérios da saúde haviam reiterado que este era o maior obstáculo enfrentado por eles ao distribuir os anti-retrovirais. A OPAS tinha ciência deste problema e estava se empenhando para encontrar maneiras de ajudar os serviços de saúde a interagir melhor com pessoas vivendo com HIV/Aids.

99. Por fim, o projeto mencionado pelo México foi muito oportuno. Sabia-se que as populações móveis eram grupos muito vulneráveis, mas se verificou também que era um grupo difícil de se atingir e influenciar sua mudança de comportamento. Ela desejou sucesso aos países envolvidos com propostas ao Fundo Global.

100. A Diretora observou que embora o documento era intitulado “Ampliação dos Sistemas de Saúde para uma Resposta Integrada ao HIV/Aids”, em realidade pouco foi falado sobre o fortalecimento dos sistemas de saúde. Em contrapartida, tanto a apresentação como a discussão haviam se concentrado sobretudo em como implementar a

Iniciativa 3 em 5 nas Américas e o que a OPAS deveria fazer para apoiar os países. Como ela havia comentado anteriormente ao presidente do Subcomitê, tratava-se de uma área em que a Organização precisava de uma boa orientação dos Estados Membros para saber como poderia satisfazer as várias demandas de apoio e assistência diante de seus recursos limitados. A OPAS estava fazendo o possível para corresponder às solicitações de ajuda por parte dos países, mas estas solicitações pareciam estar apenas aumentando, enquanto o mesmo não acontecia com o volume de recursos disponíveis para a Organização.

101. Quando, por exemplo, os Estados Membros pediram a ajuda da OPAS para formular propostas a serem apresentadas ao Fundo Global, a Organização correspondeu. Não haviam sido alocados recursos específicos no orçamento da OPAS para esta finalidade, mas ao transferir recursos de outras áreas e suspender atividades em outros, o Secretariado conseguiu mobilizar o equivalente a US\$ 1,5 milhão em 2002–2003 para dar apoio aos países da Região para o desenvolvimento de projetos. E embora tenha sido previsto que países das Américas não poderiam esperar receber muito do Fundo Global, um número recorde de solicitações foram aprovadas, o que dizia muito sobre a qualidade das propostas formuladas pelos países com o apoio da OPAS.

102. De modo semelhante, na área de negociações de medicamentos, embora inicialmente a posição global por parte da UNAIDS, OMS e indústria farmacêutica foi de que não seriam aceitas negociações de múltiplos países, a pedido dos Estados Membros nas Américas, o Secretariado da OPAS insistiu em negociações conjuntas e obteve êxito ao torná-las realidade, novamente sem alocar recursos específicos para esta finalidade. Agora os países pediam à Organização mais apoio nessa área, mas simplesmente não havia recursos para prestar tal apoio.

103. Na área de cooperação horizontal, a OPAS também fez tudo ao seu alcance para apoiar os países. Neste caso, também, os recursos eram limitados e a Organização havia recebido fundos extra-orçamentários somente do governo do Reino Unido, os quais permitiram apoiar a colaboração entre o Brasil e os países andinos.

104. O Secretariado, como solicitado pelos Estados Membros, estruturou o OBP para 2004–2005 para aumentar o financiamento ordinário de orçamentos para atividades relacionadas ao combate ao HIV/Aids. Também criou um grupo central e incorporou o combate ao HIV/Aids em todos os níveis da Organização, de tal maneira que todos os programas colaboravam e compartilhavam recursos para apoiar a resposta integrada à Aids. Paralelamente, esforçou-se ao máximo para melhorar a resposta regional por meio de uma coordenação mais próxima com os outros co-financiadores da UNAIDS em suas respectivas áreas de trabalho — educação, combate à discriminação e estigmatização, atenção para órfãos da Aids, programas de combate ao HIV/Aids no local de trabalho etc. —, mas ainda havia tantas necessidades e tantas solicitações de cooperação em tantas

áreas ainda não atendidas. A OPAS não poderia esperar a responder a todas estas solicitações com o seu volume atual de recursos.

105. Ela, portanto, apelou aos Estados Membros para que orientassem a Organização sobre como ela poderia dar a resposta solicitada e como os Estados Membros poderiam ajudá-la a estruturar uma resposta regional realmente integrada para o problema do HIV/Aids nas Américas.

106. O delegado do Canadá disse que ele estava impressionado mas um pouco desconcertado com as observações da Diretora, que ele interpretou como uma solicitação aos países para ajudar transferindo mais recursos financeiros e conhecimentos para a questão do combate ao HIV/Aids. Ele achou esta solicitação desconcertante porque acreditava que os países recorriam à OPAS acreditando haver recursos suficientes para enfrentar o HIV/Aids. De fato, era difícil pensar em outro importante problema de saúde que estava recebendo tanto dinheiro como a infecção pelo HIV/Aids, e ainda assim o Secretariado era de opinião de os recursos da Organização não eram suficientes. Ele, portanto, convidava a Diretora a preparar um caso empresarial — e trabalhar sobre as informações financeiras dadas na apresentação, detalhando como o orçamento estava atualmente alocado na Organização, identificando áreas de necessidade adicional, especificando o volume de recursos adicionais necessários para estas áreas e indicando como a Organização propunha gastar os recursos — e depois apresentá-lo aos países para consideração e discussão na reunião do Comitê Executivo ou Conselho Diretor ou em outro fórum.

107. O presidente agradeceu o delegado do Canadá por sua proposta, a qual achou excelente. Ele esperava continuar a discussão deste assunto na reunião do Comitê Executivo .

Regulamentos Sanitários Internacionais: Perspectivas da Região das Américas (Documento SPP38/8)

108. O Dr. Marlo Libel (assessor regional, Doenças Transmissíveis, OPAS) disse que sua apresentação sobre as Normas Internacionais de Saúde (NIS) se referiria a três pontos principais: aspectos-chave do processo de revisão das NIS atualmente em curso, atividades de cooperação técnica da OPAS nessa área e próximos passos necessários para concluir a revisão e começar a implementação dos normas.

109. A revisão das NIS se tornou necessária como resultado do aumento das viagens e comércio internacionais e o surgimento ou ressurgimento nos últimos 20 anos de mais de 30 agentes patogênicos que representavam uma ameaça internacional. As principais mudanças propostas no processo de revisão foram: (1) ampliação do alcance de

notificação para cobrir emergências de saúde pública de caráter internacional em vez da notificação de apenas três doenças específicas, como requerido pelas NIS atuais; (2) indicação pelos governos de centros nacionais para servir de pontos de contato e vínculos de comunicação com a OMS; (3) definição da vigilância central e capacidade de resposta necessária em âmbito nacional, incluindo vigilância e capacidade de resposta específicas em pontos de entrada; (4) medidas recomendadas para enfrentar emergências de saúde pública de caráter internacional e com riscos em curso para a saúde pública e (5) criação de dois órgãos consultores da OMS: um Comitê de Emergência, cuja função seria assessorar o diretor-geral a determinar se uma intercorrência constitui uma emergência de saúde pública de caráter internacional e na divulgação de recomendações de urgência, e um Comitê de Revisão, que teria a função de examinar, monitorar e orientar a execução prática das Normas e as recomendações habituais e de analisar divergências referentes à interpretação ou execução prática das Normas.

110. O processo que resultou na versão preliminar revisada das NIS, atualmente com os Estados Membros para consideração e observações, começou com uma série extensa de consultas técnicas durante o ano de 2002, que produziu recomendações específicas sobre medidas de vigilância e controle. Em 2003, depois do surto de síndrome respiratória aguda grave (SARS), que foi uma oportunidade de testar algumas das revisões propostas, foram introduzidas mudanças em duas áreas principais: uso de fontes não-oficiais para obter dados sobre surtos de doenças transmissíveis e participação da OMS na investigação dos surtos. O próximo passo seria consultas sub-regionais, seguidas de uma reunião em novembro de 2004 de um grupo de trabalho intergovernamental. Este grupo elaboraria a proposta final a ser apresentada à Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2005.

111. As principais atividades de cooperação técnica da OPAS com relação às NIS foram direcionadas para manter os Estados Membros informados e facilitar sua participação no processo de revisão, por meio de sessões de consulta e troca contínua de informações. Além disso, a Organização apoiou o estabelecimento de redes sub-regionais para a vigilância de doenças infecciosas emergentes para complementar os mecanismos nacionais de vigilância e permitir aos países colaborar para o controle da propagação em potencial da doença infecciosa através de fronteiras nacionais. Um componente importante destas redes sub-regionais era fortalecer a capacidade dos laboratórios e criar laboratórios de referência para agentes patogênicos específicos. O Mercado Comum do Sul (Mercosul) teve uma participação ativa especial no processo de análise das NIS, tanto no âmbito sub-regional como localmente nos Estados Membros. Contudo, oficinas e outras atividades relativas às NIS também haviam foram realizadas em âmbito sub-regional e nacional, nas sub-regiões andinas, da América Central e do Caribe de língua inglesa.

112. O próximo passo no processo de revisão seria regional e, no caso das Américas, reuniões sub-regionais para ouvir os pontos de vista e questões dos Estados Membros com respeito ao conteúdo das NIS revisadas e sua implementação em âmbito nacional. Os países seriam incentivados a envolver diversos setores, além do setor de saúde, no processo de consulta, incluindo aqueles associados ao movimento de pessoas e produtos, e a ter em suas delegações pessoas com poder de decisão e pessoal técnico. Quatro reuniões sub-regionais seriam realizadas entre abril e junho. O resultado destas consultas seria a contribuição da região das Américas ao grupo de trabalho intergovernamental, que reuniria os comentários recebidos de todas as regiões e produziria a proposta definitiva de revisão das Normas.

113. Com vistas para o futuro, uma vez aprovadas as Normas, a OPAS planeja ajudar os países a implementá-los por meio da cooperação técnica nas seguintes áreas estratégicas: apoio contínuo à vigilância de doenças infecciosas emergentes e redes de laboratório sub-regionais, melhoria dos mecanismos operacionais de alerta e resposta em âmbito nacional e regional, fortalecimento da capacidade dos laboratórios e redes de laboratórios nos países da América Latina e Caribe e capacitação para fortalecer o potencial dos países tanto de resposta de emergência como de controle sustentado de doenças transmissíveis.

114. O Subcomitê expressou forte apoio ao processo de revisão das NIS e aplaudiu os esforços da OPAS de assegurar que os pontos de vista dos governos nas Américas fossem levados em consideração. Os delegados elogiaram a OPAS pela organização de consultas no âmbito sub-regional e esperavam participar destes encontros. Os membros também elogiaram a qualidade do documento, que proporcionou sólida fundamentação às NIS e à necessidade de revisão e detalhou o procedimento desta revisão, embora foi sugerido que iterações futuras devam se concentrar mais nas atividades em curso da OMS e OPAS e um pouco menos no trabalho empreendido pela OPAS no passado, visto que o período até maio de 2005 seria muito importante para a redação e definição de conceitos a serem incluídos na versão definitiva da revisão das Normas.

115. Enfatizou-se que as NIS revisadas precisam ser adaptáveis mas esclarecer a autoridade dos Estados Membros e as condições sob as quais seria apropriado restringir o movimento de pessoas, animais ou carregamentos para conter a propagação de doenças. Seria necessário existir um equilíbrio criterioso entre os esforços de contenção de doenças, violação das liberdades individuais e o direito de um país de realizar o comércio internacional, negócios e migração. A importância da colaboração entre países e regiões para a detecção precoce e resposta a surtos de doenças foi também destacada. Chamou-se atenção para o papel fundamental de entidades regionais e internacionais, como a Rede Mundial de Alerta e Resposta a Surtos da OMS (GOARN) e o Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC), de facilitar tal colaboração. Além disso, a cooperação técnica entre

os países foi considerada essencial para ajudar aqueles que possam não ter os conhecimentos ou recursos humanos necessários para detectar surtos de doenças e tomar medidas para debelá-los.

116. O delegado do Canadá, observando que o documento indicava que vários países começavam a reorganizar seus sistemas de vigilância para se preparar para surtos futuros de doenças, afirmou que seu país deveria constar desta lista. No rastro do surto de SARS do ano anterior, a Agência Regulatória do Canadá, Health Canada, encomendou uma análise sobre como a situação foi administrada. O relatório sobre esta análise revelou a necessidade de se criar um novo órgão de saúde pública, que estava em processo de planejamento e organização no país. Esperava conhecer melhor as experiências de outros países que empreendiam esforços semelhantes para modernizar seus sistemas.

117. O delegado dos Estados Unidos disse que, embora o seu país achasse a versão preliminar das Normas publicada em janeiro de 2004 um bom começo, surgiram várias questões, explicadas em detalhes nas observações escritas apresentadas à OMS. Estas observações também foram entregues ao Subcomitê e esperava serem contribuições úteis às discussões que ocorreriam durante as reuniões sub-regionais. Em particular, os Estados Unidos discordava veementemente com a proposta da OMS com relação ao uso de um algoritmo como único meio de determinação de ocorrências notificáveis e acreditavam que o aparente endosso da OPAS a este método como único enfoque (nos parágrafos 8–10 do Documento SPP38/8) era prematuro, visto que a OMS ainda não havia consultado a opinião de todos os Estados Membros. O seu país apoiava o uso de um algoritmo para determinar se certas ocorrências constituíam “emergências de saúde pública de caráter internacional”, contanto que o termo fosse criteriosamente definido, mas os Estados Unidos acreditavam que as NIS revisadas também deveriam requerer a notificação de uma lista específica de doenças sabidamente doenças transmissíveis graves com potencial para deflagrar emergências internacionais de saúde pública. Uma lista recomendada destas doenças se encontrava nas observações escritas encaminhadas por seu governo.

118. O delegado de Barbados assinalou que, para pequenos Estados insulares do Caribe, que dependiam em grande parte do turismo para sua sobrevivência econômica, uma vigilância apropriada e precoce e uma resposta rápida a doenças importadas eram vitais. No caso de seu país, que servia de ponto de trânsito para turistas que viajavam para outras ilhas menores do Caribe, tais dados eram ainda mais cruciais, visto que outros países dependiam delas para realizar a vigilância e funcionar como central de distribuição de informações.

119. O Dr. Libel disse que, antes de responder às observações do Subcomitê, ele gostaria de reconhecer o apoio financeiro e técnico que a OMS deu às reuniões de consulta a serem realizadas na Região. Ele também agradeceu ao governo dos Estados Unidos, que junto com o governo do Brasil, foram um dos participantes mais ativos no

processo de revisão das NIS em termos de suas contribuições com conhecimento técnico e comentários sobre as mudanças propostas.

120. Com respeito ao desejo do Canadá de saber mais sobre as experiências de Argentina, Bolívia, Brasil e outros países que estavam modernizando seus sistemas de vigilância, ele disse que estes países mostraram um compromisso extraordinário ao alocar recursos do empréstimo obtido para o desenvolvimento dos serviços de saúde especificamente para reorganizar e fortalecer seus sistemas de vigilância e resposta, não apenas na esfera central mas também no âmbito dos serviços locais de saúde. Além disso, em vários casos, foram instalados laboratórios de biossegurança de nível 3. A OPAS considerou tal fortalecimento de capacidade dos laboratórios essencial para melhorar a capacidade de diagnóstico dos países do hemisfério do sul e, portanto, evitar a necessidade de transporte internacional de amostras biológicas que poderiam representar um risco de transmissão de doenças.

121. Várias das atividades mencionadas anteriormente estavam sendo realizadas no contexto de outra iniciativa apoiada pela OPAS, que se relacionava diretamente com a observação feita pelo delegado de Barbados: avaliações nacionais da capacidade interna de detecção, confirmação e resposta a surtos de doenças infecciosas. Esta iniciativa procurou ajudar os países a identificar lacunas em seus sistemas. Ao reconhecer que uma variedade de outros organismos poderiam colaborar com o ministério da Saúde para a vigilância e resposta, o enfoque da OPAS para a avaliação procurou reunir todos os organismos envolvidos.

122. Ele agradeceu ao delegado dos Estados Unidos por haver entregue à OPAS comentários detalhados sobre o primeiro rascunho das NIS várias semanas antes da sessão do Subcomitê. O Secretariado, portanto, pôde compartilhar estas observações com os demais países e colher suas opiniões sobre em que medida as questões levantadas pelos Estados Unidos diziam respeito a eles. Isso era importante porque se deveria conseguir um equilíbrio no processo de revisão de IHR entre os interesses coletivos de todos os países e os interesses nacionais dos países individualmente e sua capacidade de cumprir os compromissos assumidos ao aprovar as Normas.

123. Com referência ao documento perante o Subcomitê, ele esclareceu que a sua única finalidade era informar os Estados Membros das propostas atualmente apresentadas para consideração. O fórum de discussão sobre questões específicas ocorreria durante as consultas sub-regionais e nestas reuniões é que seriam tratadas as questões levantadas pelos Estados Unidos. Desta forma, ele não faria comentários aprofundados sobre estas questões; contudo, ele quis assinalar que a decisão de usar o conceito de “emergências internacionais em saúde pública” vinha da experiência com as NIS atuais, que trazia uma lista de doenças. Sob esta abordagem, em geral, os países não haviam dado a devida

atenção a surtos de doenças infecciosas que não tinham um diagnóstico específico. Essa era uma das justificativas para o novo enfoque proposto. Uma outra era que, como ocorria nos sistemas nacionais de vigilância, quando havia uma lista de doenças, o foco passava a ser exclusivamente na lista. Se um caso não preenchesse a definição para ser classificado como uma destas doenças, não era considerado uma ameaça internacional para a qual deveriam ser tomadas medidas. Contudo, ficaria a cargo dos Estados Membros decidir se uma lista complementar de doenças deveria constar das Normas revisadas.

124. Quanto às observações sobre o equilíbrio entre contenção de doenças e direitos dos países e indivíduos, este seria um outro ponto importante a ser tratado durante as reuniões sub-regionais. Para tornar estes encontros os mais produtivos possíveis, ele reiterou a todos os Estados Membros que examinem minuciosamente as Normas preliminares e venham às reuniões com sugestões concretas.

125. A Diretora observou que, como as Normas constituíam um tratado e portanto um instrumento legal de caráter obrigatório, era apropriado que fossem submetidos ao exame minucioso dos governos. Ao apoiar o esforço de revisão, a OPAS concentrou-se no âmbito sub-regional porque, nos diversos grupos de integração, os países já haviam implantado certos mecanismos e assumido compromissos para a troca de informações, questões fronteiriças e alfandegárias, transporte e outros assuntos diretamente relacionados às NIS.

126. Como disse o Dr. Libel, a preparação em âmbito nacional seria fundamental para o êxito das consultas sub-regionais. Parte desta preparação, na visão do Secretariado, deveria atrair a participação e reunir os comentários de outros setores, não apenas no âmbito do governo nacional como também em nível subnacional e local. Havia no momento tantas vias para o deslocamento das populações, tanto legais como ilegais e, portanto, inúmeras rotas para a transmissão de doença através de fronteiras, que a participação de autoridades em todos os níveis era essencial. Era também importante conhecer o ponto de vista de outros setores, por exemplo comércio e defesa, que tinham interesse nas questões tratadas nas Normas. O processo de revisão das NIS era semelhante àquele elaborado pelo Codex Alimentarius e outras normas internacionais e, à semelhança deles, requeria conhecer o ponto de vista dos diferentes setores.

127. É evidente que o Secretariado levaria em consideração as observações do Subcomitê sobre o documento; no entanto, como destacou o Dr. Libel, a finalidade dos documentos criados com base nas NIS seria manter os países atualizados sobre as questões em discussão. A OPAS não tinha uma posição sobre as Normas. Sua função foi facilitar o intercâmbio de informações para que países pudessem conhecer as posições de cada um e em seguida negociar e chegar a um acordo comum. Desta maneira, a OPAS procurou esclarecer as questões e identificar tanto os pontos críticos que poderiam gerar

controvérsias quanto os pontos sobre os quais o consenso parecia certo, para fazer o processo avançar o mais rápido possível.

Avaliação decenal da Iniciativa de Dados Básicos Regionais em Saúde (Documento SPP38/10)

128. O Dr. Carlos Castillo-Salgado (gerente de área, Sistemas de Informações e Análises em Saúde, OPAS) recordou que o trabalho da Iniciativa de Dados Básicos Regionais em Saúde (IDBR) foi lançado em 1995 para monitorar o cumprimento das metas de saúde e adesão aos mandados aprovados pelos Estados Membros e fornecer um conjunto básico de dados que permitisse caracterizar e controlar a situação da saúde nas Américas. Quase 10 anos depois, uma pesquisa foi enviada a todos os países da Região para que fizessem comentários sobre como melhorar a Iniciativa e estabelecer direções futuras.

129. A Iniciativa cobriu o conjunto mínimo de dados necessários para planejar e avaliar os programas nacionais de saúde pública, abrangendo indicadores essenciais que proporcionaram dados fundamentais sobre a gestão da saúde pública para ministérios e outros organismos de saúde. Ao longo de 10 anos, a Iniciativa serviu para dar orientação aos esforços e estratégias nacionais, facilitou a determinação de prioridades e necessidades não atendidas de diversos grupos nacionais e permitiu avaliar as tendências de saúde nos países.

130. Dos 37 países pesquisados, 21 indicaram que haviam usado a Iniciativa para identificar necessidades e prioridades para a atenção e o serviço a populações críticas, enquanto que 16 entrevistados observaram que a Iniciativa foi usada para a aferição específica de desigualdades em saúde em seus países e avaliar os programas de saúde pública planejados para lidar com estes problemas. Outras funções e atividades foram mencionadas por 22 países.

131. Foi também perguntado aos países se a Iniciativa estava contribuindo de forma proveitosa para o monitoramento do cumprimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Dezesete responderam que havia de fato uma associação positiva, enquanto 13 disseram que ainda não iniciado este esforço de monitoramento. Os Dados Básicos já incluíam 12 dos 19 indicadores de saúde das Metas de Desenvolvimento para o Milênio. Mais um seria em breve acrescentado e a OPAS estava empenhada em discussões específicas com países sobre a melhor maneira de implementar mais quatro. Os últimos iriam requerer um esforço especial de coleta de dados.

132. Verificou-se pelas respostas dos países que havia ainda obstáculos à implementação e manutenção da Iniciativa em âmbito nacional, devido à falta de recursos

humanos, limitações ao acesso a informações e apoio financeiro e político limitado. Contudo, as respostas também indicaram ser essencial continuar a melhorar o fluxo de informações entre os países e a OPAS e a OMS e dar atenção especial à necessidade de ações planejadas para evitar repetir os esforços nacionais.

133. Também foi perguntado na pesquisa sobre produtos específicos em âmbito nacional. Em 1995, apenas cinco países da Região publicaram informes sobre indicadores de saúde. Dez anos depois, 24 países publicavam sistematicamente tais informações, desagregadas em âmbito subnacional. A produção de tais dados teve grande repercussão nos ministérios de saúde, na comunidade acadêmica e em negociações bilaterais e multilaterais para cooperação técnica. Um total de 14 países permitiu o acesso direto às seus dados pela Internet. Colocar informações fundamentais ao alcance do público em geral foi uma grande feito.

134. Em particular, o Brasil e a Argentina realizaram um extraordinário esforço para atualizar seus sistemas de dados básicos nacionais e publicar suas atualizações de dados básicos regularmente a cada ano. Tal provou ser extremamente benéfico para atividades de saúde pública nestes países. O Brasil criou a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), a primeira rede interinstitucional de dados de saúde na Região, permitindo coordenar sistematicamente todos indicadores de saúde do país inteiro. Atingir este nível de coordenação foi muito importante, sobretudo porque no começo da Iniciativa, grande parte dos dados publicados pelos países não passavam de cálculos aproximados, incluindo versões otimistas e versões pessimistas, sem indicação de qual era provavelmente mais exata. Além disso, havia grandes variações nos valores de um mesmo indicador de um organismo para outro e todas as estimativas eram classificadas como sendo igualmente oficiais. Um investimento de um milhão dólares, aliado a uma mudança fundamental no enfoque da gestão de informações permitiu ao Brasil obter dados coordenados e concordantes de todos os organismos envolvidos.

135. A Iniciativa gerou vários resultados em âmbito sub-regional, que requereu um importante esforço de coordenação. O primeiro informe de dados básicos para o Caribe foi produzido em 1996, seguido de outro que cobria toda a América Central e proporcionava dados em âmbito subnacional. Em 2003, um esforço colaborativo dos Estados Unidos e México produziu o primeiro informe de dados básicos que cobria uma zona fronteira. O trabalho na área fronteira entre o México e os Estados Unidos poderia servir de exemplo para outros países com fronteiras em comum.

136. Uma das importantes contribuições da Iniciativa foi a publicação a cada setembro do informe regional “Situação da Saúde nas Américas: Indicadores Básicos”, o mais importante instrumento para uso estratégico de dados de saúde na Região. A Iniciativa também produziu um sistema coordenado de dados de saúde e, junto com a Divisão de Estatística das Nações Unidas e a Comissão de Estatística das Nações Unidas, a OPAS

empenhou-se para a conformidade total dos indicadores, uma tarefa que compreendeu a produção de um glossário e notas técnicas específicas para cada indicador.

137. Uma outra contribuição da Iniciativa foi o Atlas de Indicadores Básicos, que muitos países usaram em suas negociações para cooperação técnica. O Atlas permitiu apresentar, pela primeira vez, os indicadores não apenas em âmbito nacional mas ao nível das subdivisões políticas internas. Somente na região das Américas estes dados eram encontrados em tal grau de detalhamento. Portanto, as iniciativas de dados básicos nacionais possibilitaram compreender o complexo mosaico epidemiológico da Região.

138. Também foram disponibilizados na Internet o gerador de tabela multidimensional, muito elogiado por sua capacidade de fornecer informações dinâmicas e detalhadas por indicador, país, grupo de países ou ano, e o sistema de perfil de saúde nacional, atualizado anualmente para fornecer dados demográficos e de saúde sobre cada país da Região. Depois que os sistemas da OPAS foram apresentados por completo à Organização Mundial da Saúde em 2003, outras regiões passaram a publicar seus dados básicos, seguindo o mesmo modelo. Além disso, a OPAS forneceu sistemas baseados na Internet para a região do sudeste asiático (SEARO) sem custo algum e estava atualmente examinando com a OMS as possibilidades de fazer o mesmo para outras regiões.

139. O Subcomitê elogiou a OPAS por seus consideráveis esforços para promover a coleta regular de dados de saúde em toda a Região, a qual juntamente com os esforços dos Estados Membros resultou num maior uso de dados para planejamento de saúde e melhor monitoramento de programas de saúde. Vários delegados deram esclarecimentos sobre os sistemas e mecanismos de seus países para coleta e publicação dos dados básicos. O delegado do Brasil agradeceu ao expositor por suas observações positivas sobre o trabalho da RIPSAs e deu mais informações sobre como o funcionamento do sistema. O delegado do Canadá ressaltou o trabalho empreendido no seu país nos últimos 10 anos para produzir relatórios anuais sobre os indicadores de saúde, assim como o relatório anual “Quão saudáveis são os canadenses?”.

140. O Subcomitê enfatizou a conveniência de se obter uma maior desagregação dos dados por grupos populacionais específicos, sobretudo para populações marginalizadas como pessoas de idade, povos indígenas e crianças. Também chamou a atenção para a importância da análise dos diferentes sexos no estudo das desigualdades sociais. Dados desagregados por sexo eram muito importantes, assim como dados que levavam em consideração os diferentes sexos como um constructo social resultante da estrutura política, social, legal e outras estruturas e formas de poder. Os delegados buscaram esclarecimentos sobre como países de poucos recursos poderiam ser receber ajuda para melhorar sua capacidade de coletar dados básicos para a Iniciativa e analisá-los depois de coletados. Além disso, foram pedidos mais esclarecimentos sobre o proveito que os

Estados Membros tiravam com a Iniciativa, por exemplo, em que medida ela contribuiu para o planejamento e configuração de políticas dos ministérios da Saúde.

141. Foi sugerido que, para fazer uma avaliação completa do programa regional de dados básicos, seria útil obter uma lista com os indicadores recomendados aos Estados Membros. Igualmente importante seria dispor de documentação técnica que fundamentasse a elaboração do conjunto de indicadores pela OPAS. Considerou-se que seria vantajoso que o documento contivesse uma apresentação mais detalhada da disponibilidade de dados da IDBR em cada um dos países e na Região, junto com uma exposição do grau de participação de cada país na Iniciativa, pois a recomendação na conclusão do documento de que mais recursos humanos deveriam ser alocados para promover o acesso a dados e sua análise e divulgação não esclareceu se estes recursos adicionais deveriam ser obtidos da OPAS internamente, dos Estados Membros, ou de ambos. Foi também sugerido que fosse feita uma análise mais detalhada dos recursos humanos e financeiros existentes, além de uma projeção das necessidades.

142. Os delegados observaram que havia uma quantidade impressionante de dados disponíveis, que poderiam ser usadas para analisar tendências e comportamentos e antecipar possíveis agravamentos ou progressos que não evoluíam como previsto. Deveria ser empreendido um esforço adicional para se obter informações desagregadas em âmbito supranacional, o que permitiria aos países obter sinais mais precoces sobre áreas onde haveria necessidade de concentrar as intervenções. Esse esforço para a coleta de dados deveria ser aperfeiçoado no futuro.

143. O Dr. Castillo-Salgado agradeceu aos participantes pelas observações e sugestões, sobretudo dos delegados que forneceram dados sobre seus respectivos países, e observou que tanto a Argentina como o Brasil adotaram a prática de todos os anos publicar informações sobre um determinado assunto, como mortalidade infantil ou aspectos sexuais, além dos dados básicos fornecidos. Ele observou que o Canadá era um pioneiro na administração estratégica de dados. A OPAS reconhecia os importantes esforços do Canadá para criar e estruturar uma série de dados básicos, e a concepção da Iniciativa havia sido feita com base nas conquistas do Canadá.

144. A OPAS reconheceu a importância de desagregar os dados por sexo, mas em muitos países os sistemas regulares de coleta de dados não incluíam esta variável. A Organização estava colaborando com os países para melhorar esta área. Ele concordava sobre a importância de obter dados sobre populações indígenas e explicou que a OPAS estava preparando um informe específico de dados de saúde referentes aos povos indígenas em toda a Região, com publicação prevista para o ano de 2004.

145. Passando à pergunta sobre a repercussão da Iniciativa em âmbito nacional, ele reviu alguns dos resultados da pesquisa realizada pela OPAS em 37 países. Trinta países

responderam e, destes, 21 afirmaram estarem usando a Iniciativa para determinar prioridades de saúde e necessidades específicas em âmbito subnacional. Dezesesseis países faziam uso dela para medir iniquidade em assistência de saúde e 12 para avaliar a repercussão de seus programas de saúde pública.

146. Com referência à questão de recursos humanos adicionais, ele esclareceu que as recomendações no documento eram aquelas feitas pelos países à OPAS. Os três grandes problemas identificados pelos países na pesquisa foram a falta de recursos suficientes, acesso limitado a dados das áreas menos priorizadas pelos países e, em alguns casos, a inexistência de uma rede eletrônica. Apesar dessas dificuldades, os países estavam empreendendo um esforço corajoso para produzir os dados. Por exemplo, até mesmo o Haiti, apesar de sua situação extremamente difícil, havia elaborado dois informes de dados básicos. Com respeito à solicitação de mais dados sobre os indicadores, ele esclareceu que os documentos com dados detalhados já estavam na Internet e incluíam o glossário, explicações sobre a elaboração dos indicadores, informações sobre harmonização e assim por diante.

147. Ele concordou que a questão da formação de pessoal para a coleta e análise de dados era um dos principais obstáculos, comprometendo a missão da Iniciativa de proporcionar dados válidos e fidedignos para facilitar a análise de situações de saúde. Em colaboração com o Banco Mundial, a OPAS estava buscando fornecer cursos on-line sobre análise de situações de saúde. O primeiro curso estaria disponível em cerca de dois meses, a um custo mínimo para os países. Ele também informou sobre o lançamento em 2004 da primeira Rede de Métricas de Saúde, destinada a conscientizar governos e organismos da vital importância estratégica de dispor de dados estatísticos de saúde atualizados em âmbito nacional, regional e global. A Rede foi criada com o auxílio dos governos do México e África do Sul, USAID, Fundação Bill e Melinda Gates e muitos outros parceiros.

148. A Diretora esclareceu que embora a apresentação tenha se concentrado principalmente nos indicadores, a Iniciativa de Dados Básicos Regionais em Saúde tinha muitos outros aspectos, incluindo a assistência que a OPAS estava dando para a formação de recursos humanos para a produção de dados, fortalecimento da capacidade nacional de análise, entre outros. Ela concordou com o ponto de vista expresso por vários delegados de que o fundamental seria conhecer o proveito proporcionado pelos dados básicos coletados e observou que alguns países utilizavam os dados para finalidades que iam mais além do objetivo original da Iniciativa, como o preparo de uma série de publicações técnicas sobre temas específicos, incluindo a saúde da mulher, saúde dos povos indígenas e migrantes e saúde infantil.

149. Outro aspecto importante da atuação da Organização nessa área foi o restabelecimento do Comitê Consultor Regional para Análise Estatística de Saúde (CRAES), um esforço conjunto entre a OPAS e vários outros organismos. Este grupo estava trabalhando para melhorar a qualidade e a uniformidade de estatísticas de saúde e estatísticas vitais, embora, em sua opinião, as estatísticas vitais não eram de fato responsabilidade do setor da saúde. O setor era um importante usuário das estatísticas vitais, mas não era responsável por sua compilação. No entanto, era importante melhorar as estatísticas vitais, visto que um bom sistema de estatísticas vitais era essencial para o exercício da democracia representativa e ao exercício de certos direitos fundamentais nas sociedades democráticas, sobretudo o direito à identidade, como também o direito ao voto, o direito de propriedade, entre outros. Lamentavelmente, alguns países da Região ainda careciam de um sistema de estatísticas vitais e os sistemas de outros países haviam deteriorado nos últimos 30 ou 40 anos devido à falta de investimento necessária para mantê-los.

150. As estatísticas vitais eram também de interesse da OPAS, porque se tratava de uma questão de equidade. Os grupos que sofriam maior iniquidade, os grupos com menos recursos e de menos poder com frequência eram deixados completamente fora das estatísticas vitais de um país. Muitas vezes isso ocorria simplesmente porque nascimentos não eram registrados. Em alguns casos, resultava de uma legislação obsoleta que exigia o pagamento de uma multa caso nascimentos não eram registrados até uma certa data. Em outros casos, era devido a práticas manipuladoras ou extorsivas por parte de entidades privadas que administraram os registros de estatísticas vitais sem controle de governo adequado.

151. A OPAS estava portanto empenhada, sobretudo por meio do CRAES, a destacar a necessidade de fortalecer os sistemas de estatísticas vitais e incentivar os Estados Membros a fazerem o investimento necessário para aperfeiçoar e manter seus sistemas.

Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho sobre Política Orçamentária Regional (Documentos SPP38/3 e SPP38/3, Add. I)

152. A Dra. Karen Sealey (gerente de área, Planejamento, Orçamento para Programas e Apoio a Projetos, OPAS) relatou ao Subcomitê o progresso feito na revisão e correção da política orçamentária para programas da Organização. Ela começou revendo a história da formulação de políticas orçamentárias para programas da OPAS. A política orçamentária atual para programas data de 1985, quando o Conselho Executivo da OMS pediu às regiões para elaborarem políticas orçamentárias regionais para programas para apoiar o trabalho de cumprir a meta de Saúde para Todos. No entanto, a OPAS havia iniciado a tarefa de formular uma política em fins da década de 70. Em 1998, quando a Resolução WHA51.31 da Assembléia Mundial da Saúde reduziu a alocação de recursos para a Região das Américas, efetiva para o biênio 2000–2001, a OPAS constatou a

necessidade de revisar sua política orçamentária regional para programas, dado que esta redução diminuiria a alocação de recursos da OMS para Região em cerca de US\$ 9 milhões. Em 1999, criou-se um grupo de trabalho formado por membros do Comitê Executivo para realizar esta tarefa em colaboração com o Secretariado. O grupo apresentou um relatório ao SPP em 2000. No relatório, avaliava-se a experiência com a política em vigor e identificava-se alguns princípios e critérios para revisão. Naquela ocasião o SPP, apesar de respaldar os princípios identificados, solicitou que fosse adiado o prosseguimento dos trabalhos sobre política orçamentária até a conclusão do trabalho sobre o Plano Estratégico para 2003–2007.

153. Como era de conhecimento do Subcomitê, o Plano Estratégico foi adotado em 2002 e priorizou cinco países principais. Posteriormente, ocorreram dois outros fatos diretamente relacionados à discussão sobre política orçamentária: a diretora-geral da OMS decidiu em 2003 descentralizar as operações da entidade nas regiões e países e passou a transferir recursos para apoiar o enfoque dirigido aos países e, também no mesmo ano, o Conselho Diretor da OPAS assinalou a necessidade urgente de atualizar os critérios para alocação de recursos segundo a necessidade dos países.

154. Em seguida, ela apresentou em linhas gerais as medidas adotadas ou planejadas no processo de revisão de políticas orçamentárias, cujo objetivo era tornar o orçamento um instrumento estratégico de política. O diretor de Gestão de Programas instituiu um grupo consultor de especialistas em planejamento e orçamento para trabalhar com o Secretariado no processo de elaboração de para a revisão da política orçamentária. Com esse fim, ele solicitou que o grupo inicialmente revisse e avaliasse os critérios para a política em vigor e também revisasse as tendências em políticas orçamentárias de outros organismos internacionais e identificasse práticas pertinentes, para então fazer recomendações sobre princípios e critérios para melhor orientar a formulação da política orçamentária. O Grupo Consultor em Política Orçamentária Regional para Programas da OPAS realizou sua primeira reunião em 4 e 5 de março de 2004, com a participação de especialistas do Canadá, Guatemala e Trinidad e Tobago. Representantes de outros quatro países e duas agências internacionais de desenvolvimento não puderam comparecer, mas continuavam participando do grupo. O relatório desta reunião (Documento SPP38/, Add. I) foi distribuído ao Subcomitê. Com base no trabalho do Grupo Consultor, o Secretariado desenvolveria uma proposta de política durante o mês de abril, a ser tratado com o Grupo Consultor em princípios de maio. As observações dos membros de grupo e de outros países seriam então incorporadas à proposta a ser apresentada ao Comitê Executivo em junho.

155. Com referência ao relatório do Grupo Consultor, ela observou que o Documento SPP38/3 identificava algumas das grandes questões que o Secretariado acreditava deveriam ser levadas em consideração ao atualizar a política orçamentária para

programas. Estas questões foram tratadas pelo Grupo Consultor em sua reunião de março, e o grupo concluiu, entre outras coisas, que havia necessidade de um equilíbrio entre previsibilidade e flexibilidade na distribuição orçamentária entre países, de tal maneira que estes poderiam contar com um certo grau de apoio da OPAS, mas ao mesmo tempo haveria flexibilidade suficiente para adaptar mudanças que poderiam ocorrer em um país ou em toda a Região. Depois de muita discussão, o grupo sugeriu a adoção de um enfoque em duas partes a alocação de recursos aos países: uma parte central, baseada nas necessidades, e uma parte variável, que permitiria ao Secretariado e Estados Membros identificar os critérios ou prioridades em um determinado biênio — as MDM, por exemplo.

156. Com respeito aos critérios para determinar as necessidades, o Grupo Consultor reconheceu que, embora os indicadores tradicionais como mortalidade infantil continuariam válidos, novos indicadores ou outros modificados eram necessários para melhor orientar o trabalho da Organização de identificar países carentes e áreas de carência nos países. Com referência à presença nacional da OPAS, o Grupo observou que os países apresentavam níveis variados de desenvolvimento da saúde e tinham diferentes necessidades e, portanto, fazia-se necessária uma metodologia que levasse em consideração estas diferenças e identificasse as necessidades especiais de certos países. Alguns países talvez não necessitariam de uma presença física, embora outros definitivamente a necessitariam. Em tais casos, era também preciso determinar como seria feita a cobertura dos custos para manter a presença no país. Por fim, o Grupo constatou que, independentemente da proposta a avançar, o método de implementação deveria causar o mínimo de descontinuidade da cooperação técnica em vigor entre os países.

157. Solicitou-se que o Subcomitê fizesse comentários sobre o processo de revisão e adequação do enfoque adotado e identificasse e comentasse os princípios e questões que devem ser levados em consideração na revisão da política orçamentária regional para programas.

158. O Subcomitê acolheu com satisfação o relatório de progresso do trabalho do Grupo Consultor e expressou firme apoio à revisão da política orçamentária regional para refletir uma maior ênfase atual, dada pela OMS e OPAS, a programas e atividades em âmbito nacional. O Grupo Consultor foi incentivado a procurar atentamente uma maneira de empregar a política orçamentária para melhorar a saúde de populações marginalizadas nos países, como mulheres, crianças, pessoas de idade e grupos indígenas, e uma forma de estruturar o orçamento para obter uma maior eficiência em âmbito nacional. A este respeito, foi sugerido ao Grupo Consultor considerar as recomendações do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI.

159. Assinalou-se que a natureza mutável da relação da OPAS com os países precisava traduzir-se plenamente não apenas na política orçamentária mas também no planejamento

estratégico e cooperação técnica. Nesse sentido, os delegados enfatizaram a necessidade de examinar como os recursos para cooperação técnica entre países (CTP) poderiam ser usados de modo mais eficaz para os países carentes. Os delegados também enfatizaram que o maior aporte de recursos em âmbito nacional deveria ser acompanhado de uma supervisão criteriosa do uso destes recursos, por meio de monitoramento, avaliação e prestação de contas da área financeira. Diretamente relacionado a isso, um delegado opinou que o desempenho e resultados de programas devem constar de todos os orçamentos futuros da OPAS. Tal enfoque estava em conformidade com o objetivo de tornar o orçamento um instrumento de política estratégico e adaptável.

160. Recordando que, no Conselho Diretor do ano anterior, vários Estados Membros expressaram desejo de transferir os recursos alocados a seus programas nacionais para países em maior necessidade, foi com satisfação que os delegados observaram que a redistribuição já estava sendo realizada. Com relação aos critérios para a alocação de fundos, reiterou-se ao Grupo Consultor continuar recorrendo ao trabalho feito por outros organismos das Nações Unidas no tocante aos indicadores. Considerou-se que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) poderia ser um meio útil para ponderar a alocação de recursos entre os países da Região pois permitia fazer uma boa macroanálise por meio de uma matriz abrangente de indicadores que incluíam indicadores econômicos e de saúde, entre uma variedade de outros indicadores.

161. Um dos delegados propôs que, além de examinar os critérios para alocação e uso de recursos, o Grupo Consultor talvez devesse analisar mecanismos e estratégias possíveis para mobilizar recursos orçamentários adicionais para permitir à Organização responder frente às novas exigências colocadas a ela. Tal era sobretudo importante levando-se em consideração as observações feitas anteriormente pela Diretora sobre a falta de recursos para expandir a resposta ao HIV/Aids. Um outro delegado, observando que o Grupo Consultor também deveria considerar como a política orçamentária revisada se alinharia às Metas de Desenvolvimento para o Milênio, as metas da Cúpula das Américas e o Plano Estratégico da OPAS para 2003–2007, sugeriu que talvez fosse proveitoso ao Secretariado preparar uma tabela composta exibindo as diversas metas relacionadas lado a lado e comparando-as entre si e com a política orçamentária.

162. A Dra. Sealey agradeceu ao Subcomitê as suas observações e disse que elas seriam transmitidas ao Grupo Consultor e ao grupo de trabalho interno encarregado de redigir a proposta de políticas orçamentárias. Quanto à sugestão de preparar uma tabela exibindo as diversas metas e mandados, ela achou uma excelente idéia, pois permitiria ao grupo identificar claramente as metas e em que medida elas estavam sendo cobertas. Ela também concordou que seria importante que o Grupo Consultor recebesse contribuições do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI, mas como o trabalho deste grupo ainda estava em fase bem inicial, estas contribuições não seriam dadas de imediato.

163. Com referência às observações sobre CTP, ela observou que o Grupo Consultor, embora tenha recentemente iniciado a tratar do tema, assinalou a necessidade da CTP de se converter em uma norma em vez de um projeto dentro da Organização. Com respeito às observações sobre o IDH, como indicou o relatório do Grupo Consultor, havia alguns inconvenientes ao seu uso, por exemplo, o fato de que a hierarquização dos países tendia a mudar com frequência e às vezes de modo significativo. Contudo, como havia dito, ela transmitiria ao Grupo Consultor esta sugestão e a outra com relação à mobilização de recursos adicionais. Ela e os outros membros do Secretariado envolvidos no processo de revisão das políticas orçamentárias esperavam seguir trabalhando com os Estados Membros nessa iniciativa.

164. Respondendo favoravelmente aos comentários da Dra. Sealey, a Diretora encorajou mais países a participar da revisão das políticas orçamentárias. A atuação dos países convidados a fazer parte do Grupo Consultor havia sido muito proveitosa, mas era recomendável uma participação mais ampla, não apenas para concluir o trabalho no menor tempo possível, como também para aproveitar a experiência de especialistas em orçamento de outros Estados Membros da OPAS.

165. Ela assinalou que o enfoque nacional analisado nas discussões sobre uma nova política orçamentária não era novidade para a OPAS. Como os membros recordavam, no orçamento aprovado no ano anterior, a alocação combinada de recursos aos países, incluindo programas nacionais e centros regionais, sediados nos países, havia aumentado em 60%. E embora a política orçamentária em vigor determinava a alocação de pelo menos 35% do orçamento total aos programas nacionais, em realidade uma porcentagem significativamente maior tinha sido alocada durante anos. Além disso, o orçamento para programas regionais incluía o financiamento de vários cargos regionais que com efeito estavam sediados nos países, e não na sede da OPAS, porque esta, diferentemente da OMS, funcionava de modo descentralizado havia mais de 20 anos.

166. Ela acreditava que a nova política orçamentária regional poderia servir de modelo para o restante da Organização Mundial da Saúde, assim como o foi para muitas outras iniciativas e atividades da OPAS, tanto em áreas técnicas como em administração, finanças e contabilidade, planejamento e programação e monitoramento e avaliação. Por esse motivo, ela esperava que os Estados Membros compartilhassem sua competência em assuntos orçamentários a fim de criar uma política orçamentária regional que não apenas intensificaria a atuação da OPAS na Região mas também seria um estímulo a outras regiões e à OMS de modo geral.

167. Com relação aos critérios para a alocação de recursos orçamentários, deveria se considerar que, como mostrado pela edição de 2002 de *Saúde nas Américas*, resultados melhores na área da saúde eram obtidos quando havia equidade nos países, independentemente de serem ricos ou pobres. Assim sendo, um país pobre equitativo

poderia obter melhores resultados que um país rico iníquo, mas ainda assim necessitaria de apoio sustentado para manter as suas conquistas. Portanto, era importante, ao selecionar os indicadores, não penalizar os países pobres mas equitativos por seus esforços e êxitos na área da saúde e, paralelamente, proteger os proveitos conquistados no passado.

168. Quanto a CTP, o Secretariado teria satisfação em fazer uma apresentação especial ao Comitê Executivo sobre a experiência dos últimos 20 anos. No documento intitulado “Cooperação Técnica entre Países: Pan-Americanismo no Século XXI” (Documento CSP25/9) foram firmados princípios, valores e metodologias para a cooperação horizontal na Região, respaldados pelos Estados Membros em 1998. O documento continuava a ser usado pelos governos em toda a Região como um guia para a cooperação horizontal. O fundo para CTP havia aumentado a cada biênio, atualmente era de quase US\$ 4 milhões, e vinha gerando excelentes resultados. Um exemplo notável era a cooperação horizontal entre o Brasil e os países andinos, mencionada durante a discussão anterior sobre o HIV/Aids.

Estratégia para o aumento da arrecadação de cotas de contribuição (Documento SPP38/11)

169. Sharon Frahler (gerente de área, Gestão Financeira e Relatório de Atividades, OPAS) fez um breve resumo das iniciativas atualmente implementadas pela Diretora em resposta às questões levantadas pelos Estados Membros no 44º Conselho Diretor em 2003. A arrecadação total de cotas de contribuição para o exercício financeiro 2002–2003 foi de US\$ 172 milhões, excedendo o volume arrecadado nos biênios anteriores, a saber: US\$ 168,2 milhões para 2000–2001, US\$ 169,1 milhões para 1998–1999 e US\$ 160 milhões para 1996–1997. A receita das contribuições em 24 de março de 2004 era de US\$ 8,9 milhões, incluindo um pagamento de US\$ 5,7 milhões do governo da Venezuela.

170. A OPAS estava empenhada em melhorar a arrecadação e, para esta finalidade, a Diretora tinha instituído várias estratégias. A mais evidente era a inclusão do relatório “Cotas de Contribuição Devidas pelos Estados Membros”, tanto na Intranet como no site da Internet da OPAS, indicando que qualquer interessado poderia examinar a situação dos débitos e tratar de contribuições atrasadas oportunamente. Dando prosseguimento à iniciativa, de acordo com as recomendações de representantes da OPAS/OMS e diretores de centro regionais da OPAS, a Diretora apresentaria na próxima sessão do Comitê Executivo uma proposta de emenda para os Regulamentos Financeiros que permitiria o pagamento da contribuição em moeda local. Isso facilitaria o pagamento no prazo por parte de muitos Estados Membros com circunstâncias particulares que dificultavam o pagamento em moeda norte-americana.

171. Outras iniciativas consistiam em incentivar o pagamento parcela ao longo do exercício financeiro para os Estados Membros com dificuldade em saldar sua cota de contribuição em um único pagamento e promover discussões sobre as cotas em todos os níveis e ocasiões propícias. Havia outras iniciativas em andamento para atender as expectativas dos Estados Membros. A mensagem da Diretora ao pessoal da OPAS foi de que a garantia do pagamento integral das contribuições dentro do prazo por parte dos Estados Membros era parte integrante da responsabilidade dos gerentes de alto escalão em toda a Organização.

172. O Subcomitê agradeceu a atualização sobre os esforços realizados para aumentar a arrecadação das cotas de contribuição. Observou-se, porém, que o ano fiscal de alguns países não correspondia ao ano civil. Para muitos, o ano fiscal tinha início em abril, o que poderia explicar por que os números atuais, obtidos em março, indicavam uma pequena arrecadação para 2004. Solicitou-se um maior esclarecimento sobre as dificuldades dos países em efetuar os pagamentos, as razões para permitir o pagamento em moeda local e as providências consideradas para evitar o risco das taxas de câmbio.

173. Frahler reconheceu que de fato o ano fiscal em alguns países não correspondia ao ano civil, como o Canadá e Estados Unidos. A OPAS sabia que poderia contar com o pagamento das cotas de contribuição destes dois países dentro do prazo e ela era agradecida. A justificativa de permitir pagamentos em moeda local surgiu a partir de um problema que ocorria em alguns países entre o ministério da Saúde e o ministério da Fazenda. Em muitos casos, a cota da OPAS estava incluída no orçamento do ministério da Saúde, e os ministérios podiam reservar as quantias necessárias para efetuar o pagamento das cotas, mas surgia um obstáculo quando solicitavam ao ministério da Fazenda para adquirir a moeda norte-americana necessária, devido à necessidade deste de equilibrar a entrada e a saída de moeda estrangeira. Como os ministérios da Saúde lhe haviam explicado, se fossem autorizados a saldar suas cotas de contribuição em moeda local, poderiam fazê-lo parcelado ao longo do ano.

174. Com relação ao risco das taxas de câmbio, ela explicou que duas medidas de salvaguarda seriam implantadas. Em primeiro lugar, um país que desejasse pagar em moeda local deveria confirmar com a OPAS se o pagamento nesta moeda era de fato aceitável. Em segundo lugar, a quantia requerida em moeda local seria mantida no escritório local da OPAS durante 30 dias, pois poderia se assumir que a taxa de câmbio permaneceria relativamente estável neste período. Em seguida, o pagamento seria transferido à conta da OPAS em Washington, e seria creditado ao país a quantia em dólares efetivamente recebida na conta. Ela disse que as duas medidas de salvaguarda seriam explicadas mais detalhadamente em futura reunião do Comitê Executivo.

175. A Diretora comentou que o tópico sobre o aumento da arrecadação havia sido tratado várias vezes pelos Órgãos Diretivos e foram objeto de duas resoluções. Em

resposta à pergunta sobre as razões para as dificuldades de pagamento dos Estados Membros, ela informou que havia sido enviado um questionário para determinar quais eram as dificuldades encontradas. Ela observou, também, que quase todos os órgãos do sistema das Nações Unidas, inclusive a OMS, aceitavam pagamento em moeda local. A OPAS era exceção, embora a Organização aceitava moeda local para outros pagamentos que não das cotas de contribuição — por exemplo, para o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. É claro que era fundamental proteger a Organização contra o risco das taxas de câmbio, mas ela confiava que, com uma gestão financeira cautelosa e prudente e um controle diligente por parte do pessoal de finanças do Secretariado, isso seria factível.

Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS (Documento SPP38/9)

176. O Dr. Daniel López-Acuña (diretor de gestão de programas, OPAS) assinalou que a sessão do SPP ofereceu uma primeira oportunidade de conscientizar os Estados Membros sobre o progresso da elaboração do 11º Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT) e de ouvir comentários nas etapas iniciais. Em lugar dos cinco anos habituais, o 11º Programa Geral de Trabalho cobriria o período de 2006 a 2015. Outra inovação foi a decisão de tornar a preparação do Programa um processo bastante inclusivo, com várias séries de consultas. Portanto, em vez de ser elaborado às pressas, a tempo para aprovação em 2005, pretendia-se apresentar o 11º Programa Geral de Trabalho à Assembléia Mundial da Saúde em 2006.

177. Namita Pradham (diretora, Planejamento, Coordenação de Recursos e Monitoramento de Desempenho, OMS) observou que o Subcomitê seria um dos primeiros órgãos regionais oficiais a avaliar a elaboração do 11º Programa Geral de Trabalho. Tal visão era elogiável. Ela frisou que as informações apresentadas sobre o Programa refletiam uma apreciação inicial bastante sujeita a modificações. Havia ainda muitas questões em aberto para discussão e a OMS buscava saber a opinião dos comitês regionais. Recordando que a Constituição da OMS estipulava que deveria existir um Programa Geral de Trabalho mas sem especificar a sua duração, ela afirmou que pareceu ser razoável prolongar o 11º PGT do que o habitual, para que sua conclusão em 2015 coincidissem com a data prevista para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento para o Milênio relacionados para a saúde.

178. Ela explicou que o Programa adotaria uma visão estratégica global, com uma perspectiva mais ampla que a habitual para o lugar ocupado pela saúde, refletindo a conexão entre saúde e desenvolvimento, saúde e segurança nacional, saúde e política internacional e assim sucessivamente. Como não era possível prever como o mundo estaria em 10 anos, o programa avaliaria diferentes conjunturas. Portanto, o propósito era que fosse um conjunto de diretrizes de diversas vias para a saúde, não uma nova visão grandiosa para a OMS. Levantaria questões, mas provavelmente não daria todas as

respostas. O Programa Geral de Trabalho seria desenvolvido em duas fases distintas: a primeira poderia ser definida como uma fase de divergência, para coletar dados e reunir os pontos de vista dos países e regiões e que se estenderia até fins de 2004. A segunda fase constituiria um processo de convergência em que os pontos de vista seriam usados em oficinas e grupos de discussão, a partir dos quais seria criada a versão definitiva do Programa Geral de Trabalho. Uma versão preliminar (Documento SPP38/9, anexo) foi distribuída, embora o trabalho tenha progredido desde então.

179. Depois de uma introdução explicativa, a Parte I do PGT avaliaria a situação e condição global atual da saúde. A saúde seria vista por sua própria importância, mas ao mesmo tempo seriam examinadas as interações e repercussões entre a saúde e uma agenda desenvolvimento mais abrangente. Os temas a serem aprofundados tratavam, por exemplo, do impacto da infecção pelo HIV/Aids no desenvolvimento social; segurança dos cidadãos e a necessidade de saúde de lado a lado das fronteiras; e o questionamento da posição da saúde na agenda de desenvolvimento. O Programa avaliaria também os determinantes de saúde do passado e do presente e, em seguida, na Parte II, examinaria possíveis conjunturas futuras.

180. Ela enfatizou que as idéias para a Parte II se encontravam uma etapa bem preliminar, e a OMS estava buscando e recebia de bom grado as observações e os pontos de vista das Regiões. Primeiro, a Parte II examinaria uma conjuntura estável, mantendo-se o curso de planejamento e tendências atuais. Depois passaria a considerar futuros mais incertos, caracterizados por uma variação maior que a normalmente prevista e por meios em transformação e novas tecnologias que apresentariam novos desafios e precisariam de novas maneiras de negociação. Por fim, seriam avaliadas possíveis conjunturas posteriores a mudanças radicais efetivas, ora negativas (por exemplo, economias em colapso ou novas guerras), ora positivas (como o descobrimento de uma vacina para o HIV/Aids ou crescimento econômico acelerado). Em cada uma destas conjunturas, as questões a ser respondidas estariam relacionadas ao impacto das mudanças na saúde e papel de liderança da OMS, atuação dos países, relação da OMS com os governos e assim sucessivamente. Também haveria um capítulo sobre compromissos internacionais e medidas tomadas. Como a OMS mantinha atualmente cerca de 70 parcerias, seria preciso esmiuçar como fazê-las funcionar com maior eficácia, qual a contribuição da OMS a cada uma delas e qual a colaboração dos outros parceiros.

181. Em resumo, a intenção era, primeiramente, coletar dados e, em segundo lugar, determinar a melhor forma de usar estes dados para o planejamento, posicionamento e desenvolvimento futuros da OMS. O processo serviria para destacar as questões, mesmo reconhecendo que muitas delas não tinham resposta. A OMS não era capaz de prever o curso dos próximos 10 anos, mas poderia estar preparada para mudar de curso e antecipar as exigências. O Programa proporcionava a estrutura para fazê-lo.

182. O Subcomitê recebeu bem a apresentação sobre o Programa Geral de Trabalho e, sobretudo, a intenção da OMS de tornar inclusivo o processo de elaboração. Ademais, elogiou a divisão da elaboração do Programa em uma fase divergente e outra convergente, que faria com que as regiões, dada a oportunidade de expressar seus pontos de vista, considerassem o Programa Geral de Trabalho como seu também e não apenas como um programa da OMS. Foi enfatizado que as lições aprendidas com as versões anteriores do Programa de Trabalho deveriam ser aplicadas no planejamento do 11º PGT e que todo o Programa deveria basear-se em dados comprovados e guiar-se por eles.

183. Reconhecendo que a preparação do PGT representava uma oportunidade única de avaliar tendências da saúde e identificar desafios futuros para a área, o Subcomitê considerou propício o fato de que o Programa avaliaria a conexão entre a saúde, a pobreza e o desenvolvimento, assim como a repercussão do comércio na saúde e os possíveis impactos negativos da globalização à saúde. Foi observado que embora a Parte I do projeto de proposta dava ênfase às circunstâncias globais da saúde e aos principais desafios e prioridades da saúde para ação internacional, havia uma menor cobertura das prioridades, orientações estratégicas e metas efetivas da OMS e carecia de uma definição clara da função, oportunidades e primazia comparativa da entidade. Sugeriu-se que a parte do documento sobre os “Desafios principais”, em vez de concentrar-se nos problemas e pontos negativos, deveria dar mais atenção a oportunidades primordiais e áreas em que a OMS poderia se destacar por sua contribuição. Recomendou-se também que a mesma seção deveria dar mais ênfase à cooperação intersetorial. Além disso, pediu-se esclarecimento com relação ao papel central da OMS nas parcerias.

184. Observando que o projeto fazia referência a uma possível necessidade de empreender uma reforma nas funções centrais da OMS, o Subcomitê solicitou reiteradamente cautela, visto que havia sido realizada recentemente, em 1999, uma revisão bastante abrangente das funções centrais da Organização. O Subcomitê era francamente a favor tanto de metas quantificáveis como de monitoramento e avaliação, mas buscava esclarecer como este último seria integrado à discussão efetiva durante a elaboração do Programa Geral de Trabalho. Além disso, gostaria de obter maiores informações sobre o cronograma para as fases de convergência e de divergência.

185. Pradham explicou que a OMS tinha real intenção de aprender com as lições tiradas dos êxitos e insucessos passados, incluindo o grau de avanço conseguido no sentido da saúde para todos. A Organização tinha bastante consciência das muitas metas elaboradas ao longo dos anos, e que era importante avaliar quais haviam e quais não haviam sido cumpridas e quais eram os motivos para os insucessos. Este exame se encaixaria dentro da parte analítica do Programa. Sobre a questão das metas quantificáveis e avaliação, ela disse que talvez houvesse necessidade de uma reavaliação após cinco anos do Programa, para verificar a adequação das estratégias adotadas. Com

respeito à função da OMS nas parcerias, ela observou que era preciso aprofundar-se nesta questão e sugeriu que esse pudesse ser um tema para uma das oficinas a serem realizadas nas regiões.

186. Em resposta à questão referente ao cronograma, ela explicou que o propósito era preparar até maio de 2004 um documento um pouco mais elaborado que o presente, esquematizando o processo de elaboração do PGT e acrescentando-se uma breve descrição, que seria apresentado à 114^a. sessão do Conselho Executivo da OMS. Em junho de 2004, um documento resumido seria distribuído aos Comitês Regionais, para que pudessem fazer suas apreciações até setembro e então seria encaminhado aos diretores-gerais assistentes, diretores de gestão de programas e diretores regionais para uma nova iteração. Uma nova proposta seria apresentado à 115^a. sessão do Conselho Executivo. A primeira proposta completa do Programa seria preparado em torno de abril de 2005 e distribuída aos Comitês Regionais em setembro daquele ano. Subseqüentemente, seria apresentada ao Conselho Executivo em janeiro de 2006 e à Assembléia em maio de 2006.

187. A Diretora considerou fundamental para a Região ter a oportunidade de poder participar o quanto antes da preparação do Programa de Trabalho. Tratava-se de um tema importante que certamente constaria da agenda do Subcomitê novamente em 2005 e 2006. Além disso, os membros do Subcomitê tiveram oportunidade de expressar seus pontos de vista não apenas perante a Assembléia Mundial da Saúde, mas também — no caso de alguns países — como membros do Conselho Executivo. Os membros teriam, portanto, uma grande oportunidade de contribuir com suas idéias e opiniões.

188. As Metas de Desenvolvimento para o Milênio criaram uma incumbência considerável à OMS de empreender um esforço durante um ciclo maior que o habitual, proporcionando também uma diretriz para orientar o trabalho da OPAS e OMS. Como o Subcomitê poderia observar ao voltar sua atenção ao orçamento para 2006–2007, o trabalho estava sendo realizado com grande engajamento e produzindo interações valiosas em termos de resultados da saúde.

Outros assuntos

Relatório do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI

189. Ex.^{mo} Jerome Walcott (Barbados, presidente do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI) informou sobre o progresso do Grupo de Trabalho criado em conformidade com a Resolução CD44.R.14 do Conselho Diretor para avaliar a situação da OPAS no século XXI. O Grupo de Trabalho realizou sua primeira reunião em Roseau, Dominica, em 26 e 27 de fevereiro de 2004. Além da Argentina, Barbados, Costa Rica e

Peru, os quatro Estados Membros indicados pelo Comitê Executivo como membros do Grupo de Trabalho, os seguintes Estados Membros estiveram representados: Antígua e Barbuda, Bahamas, Chile, Dominica, França, México, Estados Unidos e Uruguai. A Organização Mundial da Saúde e a Associação Latino-Americana e do Caribe para Educação em Saúde Pública também estiveram representadas.

190. Em conformidade com a Resolução CD44.R14, o Grupo de Trabalho chegou a um acordo sobre as áreas de atuação, com base em uma proposta desenvolvida pelo presidente do Comitê Executivo. Dentro do campo de atuação, foram identificados seis grandes tópicos a serem avaliados pelo Grupo de Trabalho: (1) desafios na área da saúde pública nas Américas para os próximos anos; (2) o caráter progressivo das parcerias e alianças para o avanço internacional em saúde referente à atuação da OPAS; (3) bens da saúde pública em nível regional e global no século XXI e sua relação com o mandato da OPAS; (4) modalidades de cooperação técnica em questões de saúde; (5) governabilidade da OPAS e (6) recursos para a saúde. Em cada um dos seis tópicos, o Grupo de Trabalho identificou diversos subitens a serem considerados.

191. O Grupo de Trabalho também elaborou um projeto de plano de trabalho na sua primeira reunião, com a condição de que seria finalizado na segunda reunião, realizada em 23 de março de 2004. Segundo o plano acordado na última reunião, entre março e fins de maio de 2004, cada um dos quatro Estados Membros do Grupo de Trabalho indicado pelo Comitê Executivo prepararia uma análise preliminar para uma das áreas de atuação: o caráter progressivo das parcerias e alianças para o avanço internacional em saúde referente à atuação da OPAS seria analisado pelo Peru; os bens da saúde pública em nível regional e global no século XXI e sua relação com o mandato da OPAS, pela Argentina; modalidades de cooperação técnica em questões de saúde, pela Costa Rica; e governabilidade da OPAS, por Barbados. Estes quatro Estados Membros estariam à frente do processo, mas buscariam o apoio do Secretariado da OPAS e dos representantes da OPAS/OMS em seus países e de outras fontes se julgarem cabível. Na primeira reunião do Grupo de Trabalho, solicitou-se ao Secretariado da OPAS que redigisse a análise preliminar no tema de desafios na área de saúde pública nas Américas para os próximos anos. A análise preliminar sobre recursos para a saúde incluiria dois componentes, um relativo aos recursos financeiros da OPAS e o outro relativo aos recursos para a saúde em âmbito nacional. Seria pedido ao Grupo Consultor para Política Orçamentária Regional para se responsabilizar por esta análise e, como sugerido anteriormente durante a semana, para servir de mediador para o Grupo de Trabalho nesta área.

192. As seis análises preliminares seriam enviadas aos Estados Membros para apreciação e as críticas seriam incorporadas ao relatório de progresso a ser apresentado ao Comitê Executivo em junho de 2004. Nesta oportunidade também seria apresentado

um orçamento para o Grupo de Trabalho, a ser preparado pelo Secretariado. O Grupo de Trabalho se reuniria novamente durante a Assembléia Mundial da Saúde em Genebra em maio de 2004. O Secretariado da OPAS tomaria as providências para a reunião e informaria os Estados Membros da data e lugar exatos.

193. O Subcomitê recebeu com satisfação o relatório do Grupo de Trabalho e aguardava pela oportunidade para fazer comentários sobre as seis análises preliminares. Em resposta a uma pergunta de um dos delegados, o presidente esclareceu que as análises seriam distribuídas por via eletrônica e as observações deveriam ser enviadas também por esta via, embora haveria cópias impressas dos documentos disponíveis. O Secretariado informaria os membros sobre como obter acesso a eles e como enviar suas observações.

194. A Diretora estendeu seus agradecimentos ao governo de Dominica por sediar a reunião. Ela observou que vários países estiveram representados na primeira reunião do Grupo de Trabalho por seus ministros da Saúde, o que indicava o interesse dos Estados Membros no futuro da Organização. Ela e seu pessoal agradeciam a todos os que haviam comparecido por encontrar tempo em sua apertada agenda de compromisso para colaborar com o Grupo. Ela assegurou ao Subcomitê que o Secretariado seguiria prestando apoio ou os serviços solicitados pelo Grupo de Trabalho.

195. O Presidente elogiou o Secretariado por seu interesse e apoio ao progresso do Grupo de Trabalho, que ele acreditava produziria dados importantes não apenas para o trabalho futuro da OPAS mas também para o 11º. Programa Geral de Trabalho da OMS.

Atualização pelo Secretariado sobre fatos recentes e outros assuntos de interesse do Subcomitê

196. A Diretora atualizou o Subcomitê a respeito do resultado de uma conferência recente sobre febre aftosa e a situação de três centros regionais: Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA).

197. Com relação ao INPPAZ, ela informou que, devido à presente crise financeira, o governo da Argentina, país sede do Instituto, não conseguiu manter o seu compromisso financeiro como estipulado nos termos do acordo estabelecendo de criação do INPPAZ. O Secretariado havia exercido a sua prerrogativa de emprestar os recursos necessários para as operações básicas do Instituto, mas a dívida acumulada era agora de quase US\$ 1,5 milhão. Assim, ela havia enviado uma carta em 5 de fevereiro de 2004 ao Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura, responsáveis conjuntamente pelo INPPAZ, informando-os de que se o governo da Argentina não pudesse efetuar de imediato, pelo menos, os pagamentos bianuais mínimos necessários para cobrir despesas operacionais, a Organização seria obrigada a fechar o Instituto. Em uma reunião em 16 de

março com funcionários do Secretariado e o diretor do INPPAZ, as autoridades argentinas expressaram seu desejo de manter o Instituto e se comprometeram a pagar, até 30 de maio, a quantia de US\$ 250.000 necessária para o segundo semestre do ano. Eles também concordaram em formular um plano ou proposta para saldar o restante da dívida até fins de 2004. No entanto, o acordo entre o Secretariado e o governo da Argentina estipulava que os pagamentos bianuais para despesas operacionais deveriam ser antecipados a cada período de seis meses e, caso estes pagamentos não fossem recebidos, a Organização seria forçada a tomar medidas e fechar o Instituto.

198. Quanto ao CAREC, ela observou que o Centro foi criado em 1964 de acordo com um acordo multilateral entre a OPAS e os governos da sub-região do Caribe, sendo renovado periodicamente ao longo dos anos. O acordo atual era válido até o fim de 2005. O Conselho Diretor do CAREC, formado pelos Estados Membros do Centro, trataria da renovação do acordo ao se reunir em abril de 2004. Contudo, durante uma visita ao Secretariado de CARICOM em fevereiro de 2004, ela foi informada pelo secretário-geral que o CARICOM pretendia iniciar discussões com os governos do Caribe sobre a possibilidade de uma nova relação entre o CAREC e a OPAS, dando autonomia ao Centro. O assunto era para ser discutido durante o 15º. Encontro Inter-Sessão da Conferência de Líderes dos Governos do CARICOM em finais de março e na reunião do Conselho para Desenvolvimento Humano e Social do CARICOM em abril de 2005. Ela tinha escrito ao secretário-geral para informar-lhe que, segundo o acordo multilateral entre governos membros do CAREC e a Organização, do qual nem o CARICOM nem o Secretariado de CARICOM eram signatários, qualquer mudança na condição do Centro teria de ser submetida aos Órgãos Diretivos da OPAS.

199. Além disso, o CARICOM pretendia realizar uma avaliação sobre a situação de diversos centros regionais na área de saúde, incluindo o CAREC e o Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe (CFNI). A OPAS esteve representada no comitê geral de trabalhos para a avaliação pela Dra. Karen Sealey. Paralelamente, como parte da análise do acordo multilateral quinquenal, ela concluiu que a Organização deveria empreender uma avaliação da situação administrativa e organizacional atual e governabilidade do CAREC, assim como de suas relações com doadores, aliados estratégicos e parceiros. Esta avaliação, que também examinaria a situação financeira e o desempenho do Centro, serviria como dado para a renovação do acordo multilateral e seria apresentada ao Conselho Diretor do CAREC em princípios de abril.

200. Ela fez questão de frisar que, segundo tinha dito ao secretário-geral do CARICOM, a OPAS havia exercido responsabilidade fiduciária, supervisora e administrativa do CAREC nos 28 anos precedentes com o propósito de otimizar sua estrutura e gestão para atender às necessidades da sub-região do Caribe. Ela, como Diretora da OPAS e ex-membro do quadro do CAREC, estava seriamente comprometida

a garantir que o Centro, independentemente de mudanças na sua estrutura institucional, seguisse atendendo de modo oportuno às necessidades de seus membros.

201. Com relação ao PANAFTOSA, esta instituição também enfrentava uma situação financeira crítica, devido à falta de pagamento dentro do prazo pelo Ministério da Agricultura do Brasil, responsável por cobrir as despesas locais de apoio para as operações do Centro. Ela havia escrito o governo brasileiro para informar que, a menos que a Organização passasse a receber o pagamento antecipado para as despesas semestrais de operação, ela teria de começar a tomar medidas para fechar o Centro.

202. Passando para a Conferência Continental sobre Erradicação da Febre Aftosa, ela informou que o evento, realizado em Houston, Texas, de 2 a 4 de março de 2004, havia contado com 174 participantes de 21 países das Américas e outras regiões. A conferência foi organizada conjuntamente pela OPAS e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos, em conformidade com resolução do Comitê Hemisférico para Erradicação da Febre Aftosa (COHEFA), endossada pelo Conselho Diretor em 2003. Ela expressou sua gratidão ao governo dos Estados Unidos por sediar a conferência, cuja meta principal era aumentar a conscientização e firmar uma aliança continental com os interessados, tanto do setor privado como público, envolvidos com a cadeia de produção pecuária para unir esforços e erradicar a febre aftosa da Região.

203. O resultado principal da Conferência foi a Declaração de Houston, que reconheceu que os países das Américas têm uma oportunidade histórica para livrar, de uma vez por todas, a Região da febre aftosa. A Declaração estabeleceu um grupo de trabalho interinstitucional regional dentro do COHEFA, com a participação dos setores público e privado, que seria responsável pela preparação, supervisão e execução do Projeto Regional para a Fase Final da Erradicação da Febre Aftosa das Américas. Ela tinha a satisfação de informar que as atividades do grupo de trabalho estavam avançando rapidamente.

204. Por fim, ela informou o Subcomitê sobre a situação do Acordo de Referência para o Combate ao Fumo, aprovado pelos Estados Membros na Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2003. Até a data, apenas 17 países da Região haviam assinado o Acordo e nenhum a havia ratificado. Ela estimulou os países a não perderem o ímpeto depois de se comprometer com processo tão importante.

205. O Subcomitê agradeceu à Diretora pelas atualizações sobre a situação financeira dos três centros e solicitou que ela apresentasse um relatório mais detalhado ao Comitê Executivo em junho, incluindo, especificamente, os resultados da avaliação do CAREC e outro centro do Caribe e o resultado de conversações que poderiam levar a uma mudança no acordo multilateral. Sugeriu-se que talvez fosse apropriado e oportuno os Órgãos Diretivos fazer uma avaliação aprofundada de todos os centros pan-americanos regionais,

examinando não apenas a situação financeira mas também suas funções e mandados. Visto que as condições na Região haviam mudado consideravelmente desde a instituição de muitos dos centros, talvez seria o momento de reavaliar as razões para a existência destes e analisar se tais centros continuavam sendo a melhor modalidade para proporcionar cooperação técnica no contexto atual.

206. O delegado da Argentina assegurou à Diretora e ao Subcomitê da intenção de seu governo de cumprir com as suas obrigações financeiras perante à Organização, incluindo não apenas seu compromisso financeiro com o INPPAZ mas também a sua cota de contribuição para a OPAS. Com relação ao CAREC, os membros enfatizaram a importante atuação do Centro no passado e expressaram apoio à sua existência e ao seu progresso sustentável no futuro.

207. Com referência ao Acordo de Referência para o Combate ao Fumo, o delegado do Canadá observou que seu país liderava os esforços internacionais para o controle do tabagismo e era um firme defensor do Acordo. O Canadá reiterou aos Estados Membros nas Américas a tomarem medidas para ratificar o Acordo o mais breve possível.

Outros assuntos levantados pelos Estados Membros

208. Os delegados do Canadá e dos Estados Unidos observaram que os documentos para a sessão foram distribuídos muito em cima da hora e solicitaram reiteradamente ao Secretariado que se certificasse de que documentos para sessões futuras do Órgão Diretivo estivessem disponíveis com bastante antecedência para que os Estados Membros tivessem tempo suficiente de divulgá-los entre os diversos organismos de seus governos e pudessem receber os seus comentários e críticas. O delegado do Canadá reiterou sua solicitação de que todos os documentos devessem incluir dados orçamentários, incluindo dados sobre os recursos financeiros e humanos destinados a programas e atividades específicas.

209. O delegado do Canadá também perguntou se o Secretariado planejava acrescentar algum tema relevante, à parte dos examinados pelo Subcomitê, à agenda do Comitê Executivo. Ele solicitou que fossem apresentadas atualizações em dois assuntos específicos: a Agenda Conjunta para Saúde nas Américas da OPAS/BID/Banco Mundial e o Plano de Ação da Cúpula das Américas. Com relação à Agenda Conjunta, pouco havia sido falado aos Estados Membros sobre a colaboração realizada nas quatro áreas prioritárias identificadas no acordo. O Canadá considerou a Agenda Conjunta uma modalidade importante para colaboração e cooperação no continente e apreciaria receber uma atualização sobre os avanços, sobretudo no que se referia à ação na área da saúde e do meio ambiente. Quanto ao Plano de Ação da Cúpula das Américas, o Canadá desejava assegurar-se de que a OPAS prosseguiria desempenhando um papel de liderança no

processo da Cúpula ao destacar a necessidade dos países de cumprir com os compromissos assumidos e ao informar sobre o andamento das atividades nas quatro áreas prioritárias relacionadas à saúde identificadas no Plano de Ação aprovado na terceira Cúpula das Américas, realizada na Cidade de Quebec em 2001.

210. O delegado dos Estados Unidos elogiou a Diretora por seu papel de liderança ao colocar as questões da saúde em primeiro plano na Região por meio das comemorações planejadas para o Dia Mundial da Saúde e, sobretudo, Semana da Saúde nas Américas.

211. A Diretora afirmou que, salvo um relatório formal de progresso do Grupo de Trabalho para a OPAS no Século XXI, o Secretariado não planejava acrescentar outros temas substantivos à agenda do Comitê Executivo, embora constariam os diversos relatórios e assuntos administrativos e financeiros normalmente considerados pelo Comitê. Além disso, o Secretariado apresentaria atualizações sobre os centros regionais e outros assuntos solicitados pelo Subcomitê.

212. Em resposta à solicitação da Diretora às observações referentes à Agenda Conjunta e o Plano de Ação da Cúpula das Américas, o Dr. Daniel López-Acuña (diretor de gestão de programas, OPAS) recordou que durante a sessão do Comitê Executivo do ano anterior, em junho, o Secretariado ofereceu uma sessão de briefing sobre as diversas cúpulas, incluindo a Cúpula das Américas. Uma sessão semelhante seria oferecida em junho de 2004, quando o Secretariado apresentaria informações detalhadas sobre o andamento dos planos de ação das diversas cúpulas, incluindo uma atualização do progresso com respeito às resoluções aprovadas na Cúpula Especial das Américas realizada em Monterrey, no México, em janeiro de 2004, sobretudo quanto à meta de provisão de terapia anti-retroviral a pelo menos 600 mil pessoas infectadas pelo HIV nas Américas até 2005.

213. Quanto à Agenda Conjunta, ele assegurou ao Subcomitê de que ela estava em plena atividade. A OPAS havia realizado recentemente três sessões de livre debate para levantar idéias e sugestões com representantes do Banco Mundial e do BID que tinham o propósito de encontrar pontos de confluência para cumprir as Metas de Desenvolvimento para o Milênio em relação à saúde e redução da pobreza. Estes intercâmbios estavam permitindo ampliar o alcance da Agenda Conjunta pois os três organismos buscavam uma melhor equiparação da sua cooperação técnica e financeira a fim de dar apoio de forma mais eficaz possível aos países cumprir as MDM. O próximo Fórum do EUROLAC sobre melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, a ser realizado em 14–16 de abril de 2004 em Recife, no Brasil, fazia também parte da Agenda Conjunta. Paralelamente, prosseguia o trabalho nas quatro áreas inicialmente identificadas na Agenda Conjunta. O grupo de trabalho para contas nacionais de saúde, por exemplo, estava muito ativo. O Secretariado incluiria informações sobre o progresso dos grupos de trabalho e outras

atividades recentes da Agenda Conjunta no briefing acima mencionado a ser realizado durante a sessão do Comitê Executivo em junho.

Encerramento da sessão

214. O Presidente afirmou que acreditava que a reunião havia sido proveitosa, informativa e um êxito. Ele agradeceu ao pessoal do Secretariado pelos documentos e apresentações ilustrativos e com boa pesquisa, e elogiou os delegados por sua participação entusiasmada, suas críticas construtivas e observações e recomendações prestimosas. Depois de agradecer aos seus colegas representantes, à Diretora e à secretária técnica, ele declarou oficialmente encerrada a 38^a sessão do Subcomitê.

Anexos

AGENDA

1. Abertura da Sessão
2. Eleição do Presidente, do Vice-presidente e do Relator
3. Aprovação da Agenda e do Programa das Reuniões
4. Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho sobre Política Orçamentária Regional
5. Metas de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde
6. Observatório de Recursos Humanos em Saúde
7. Acesso a Medicamentos
8. Ampliação dos Sistemas de Saúde para uma Resposta Integrada a VIH/AIDS
9. Regulamentos Sanitários Internacionais: Perspectivas da Região das Américas
10. Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS
11. Avaliação de Dez Anos da Iniciativa Regional de Dados Básicos
12. Estratégia para aumento da arrecadação de cotas de contribuição
13. Outros Assuntos
14. Encerramento da Sessão

LISTA DOS DOCUMENTOS*

| | |
|------------|--|
| SPP38//1 | Agenda |
| SPP38/WP/1 | Programa das Reuniões |
| SPP38/3 | Relatório de Progresso do Grupo de Trabalho sobre Política Orçamentária Regional |
| SPP38/4 | Metas de Desenvolvimento do Milênio e Metas de Saúde |
| SPP38/5 | Observatório de Recursos Humanos em Saúde |
| SPP38/6 | Acesso a Medicamentos |
| SPP38/7 | Ampliação dos Sistemas de Saúde para uma Resposta Integrada a VIH/AIDS |
| SPP38/8 | Regulamentos Sanitários Internacionais: Perspectivas da Região das Américas |
| SPP38/9 | Décimo-Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS |
| SPP38/10 | Avaliação de Dez Anos da Iniciativa Regional de Dados Básicos |
| SPP38/11 | Estratégia para aumento da arrecadação de cotas de contribuição |

* Documentos disponíveis somente em inglês o espanhol.

LIST OF PARTICIPANTS*
LISTA DE PARTICIPANTES

Members of the Subcommittee
Miembros del Subcomité

Argentina

Dr. Carlos Vizzotti
Subsecretario de Relaciones Sanitarias e
Investigación en Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Barbados

Hon. Jerome X. Walcott
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Mr. Lionel Weekes
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Brazil

Brasil

Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública
Fundação Osvaldo Cruz
Rio de Janeiro

* Anexo disponível somente em inglês-espanhol.

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

Brazil (cont.)

Brasil (cont.)

Dr. Verônica Ferreira Machado
Assessora Técnica do Programa Nacional de DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Canada

Canadá

Mr. Nick Previsich
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Melissa Follen
Senior Policy Advisor
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Guatemala

Dr. Carlos Fernando Andrade
Director de la Unidad de Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Honduras

Dra. Fanny Mejía
Subsecretaria de Riesgos Poblacionales
Secretaría de Estado en el Despacho de Salud
Tegucigalpa

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

Peru
Perú

Dr. Oscar Castillo Velásquez
Director General
Oficina General de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
Lima

United States of America
Estados Unidos de América

Dr. William Steiger
Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Ms. Jane Cowley
Foreign Affairs Office
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Ruth Fisher
Population, Health, and Nutrition Team Leader
Office for Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
Washington, D.C.

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

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

Ms. Ginny Gidi
International Health Officer for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Lisa E. Jacobson
Program Analyst
Office of the United Nations System Administration
Bureau of International Organizations Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor in Maternal and Child Health
and Infectious Diseases
Office for Regional Sustainable Development
Bureau of Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Stuart L. Nightingale
Senior Medical Advisor to the Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

Ms. Mary Lou Valdez
Deputy Director for Policy
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Rockville, Maryland

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

Mexico
México

Dr. Roberto Tapia
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Miguel Ruiz Cabañas
Embajador
Representante Permanente de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Hilda Dávila
Directora General de Relaciones Internacionales, a.i.
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sr. Ernesto Campos
Ministro
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Manuel Herrera Rábago
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

**Director and Secretary ex officio of the Subcommittee
Directora y Secretaria ex officio del Subcomité**

Dr. Mirta Roses Periago
Director
Directora

**Advisers to the Director
Asesores del Director**

Dr. Joxel García
Deputy Director/Director Adjunto

Dr. Carissa Etienne
Assistant Director/Subdirectora

Ms. Dianne Arnold
Director of Administration, a.i.
Director de Administración, a.i.

Dr. Daniel López Acuña
Director of Program Management
Director de Gestión de Programas

- - -