



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º. CONSELHO DIRETOR
62ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

CD50/FR (Port.)
1 de outubro de 2010
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da sessão	6
Assuntos procedimentais	6
Nomeação da Comissão de Credenciais.....	6
Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator.....	6
Formação da Comissão Geral.....	7
Adoção da Agenda	7
Assuntos relativos à Constituição	7
Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo	7
Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana	7
Eleição de três Estados Membros para ao Comitê Executivo.....	11
Assuntos relativos à política de programas	11
Avaliação de Fim do Biênio 2008–2009 do Orçamento e Programas/Relatório de Progresso Provisório do Plano Estratégico da OPAS de 2008–2012	11
Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas	13
Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA	15
Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica	17
Análise dos Centros Pan-Americanos	18
Plano de Ação para Hospitais Seguros	19
Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária.....	20
A Saúde e os Direitos Humanos.....	23
Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica	25
Fortalecimento dos Programas de Imunização	27
Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita	29
Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção á Doença de Chagas .	31
Saúde, Segurança Humana e Bem-estar	32
Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública	34
Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável	36
Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos	40
Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas	43

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Assuntos administrativos e financeiros	45
Relatório sobre a Arrecadação de Cotas	45
Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2008–2009	46
Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados	
Membros	48
Salário do Diretor e Emendas do Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária	
Pan-Americana	48
Eleição dos Estados Membros a Comissões e Comitês	49
Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma	
Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial	
de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco	
Mundial/OMS	49
Prêmios	49
Prêmio OPAS em Administração 2010	49
Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança em Saúde Pública	
Interamericana 2010	49
Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética 2010	50
Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Atenção Universal à Saúde 2010	50
Outros Prêmios da PAHEF/OPAS	50
Prêmio de Reconhecimento OPAS de Campeão da Saúde	51
Assuntos para informação	51
Orçamento por Programas da OMS	51
A. Orçamento por Programa 2008-2009: Avaliação da Execução	51
B. Projeto de Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013	52
Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS	55
Processo para Designação do Auditor Externo da OPAS para os Períodos de	
2012–2013 e 2014–2015	56
Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS	56
30º Aniversário da Erradicação da Varíola e da Criação do Fundo Rotativo da OPAS	
para a Compra de Vacinas	57
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos	58
A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005).....	59
B. Atualização sobre a Pandemia (H1N1) de 2009	60
C. Plano de Ação para o Reforço das Estatísticas Vitais e de Saúde.....	62
D. Iniciativa Regional de Dados Centrais de Saúde e Perfis dos Países	63
E. [Movido a Assuntos Relativos à Política de Programas como CD50/26]	

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos para informação (cont.)

F.	Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, Inclusive Alimentação, Atividade Física e Saúde.....	64
G.	Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita.....	66
Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS.		67
A.	63 ^a Assembléia Mundial da Saúde.....	67
B.	Quadragésimo Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos.....	67
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros.....		68
A.	Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS).....	68
B.	Plano Mestre de Investimento de Capital.....	69
C.	Situação do Comitê de Auditoria da OPAS.....	69
Outros assuntos.....		70
Encerramento da sessão.....		71
Resoluções e decisões		
<i>Resoluções</i>		
CD50.R1	Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros.....	71
CD50.R2	Estratégia sobre o Uso de Substâncias e a Saúde Pública.....	72
CD50.R3	Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Bolívia, México e Suriname.....	75
CD50.R4	Salário do Director e emendas ao Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	75
CD50.R5	Fortalecimento dos Programas de Imunização.....	76
CD50.R6	Fortalecimento da Capacidade dos Estados Membros para Implementar as Disposições e Diretrizes da Convenção-quadro da OMS para o Controle do Tabaco.....	78
CD50.R7	Estratégia para o Desenvolvimento das Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde.....	80

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções (cont.)

CD50.R8	A Saúde e os Direitos Humanos	81
CD50.R9	Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos	83
CD50.R10	Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA	85
CD50.R11	Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica	87
CD50.R12	Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita	89
CD50.R13	Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica.....	92
CD50.R14	Centros Pan-Americanos	94
CD50.R15	Plano de Ação para Hospitais Seguros	96
CD50.R16	Saúde, Segurança Humana e Bem-estar	98
CD50.R17	Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas.....	99

Decisões

CD50(D1)	Nomeação da Comissão de Credenciais	102
CD50(D2)	Eleição da Mesa Diretora.....	102
CD50(D3)	Formação da Comissão Geral	102
CD50(D4)	Adoção da Agenda.....	102
CD50(D5)	Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais d UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS ao Término do Mandato da Costa Rica	102

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. O 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 62ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizado na sede da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington, D.C., de 27 de setembro a 1º de outubro de 2010. O Conselho aprovou 17 resoluções e 5 decisões, que constam do final deste relatório. A agenda e a lista dos participantes estão em anexo, como Anexos A e C, respectivamente.

2. A Dra. Esperanza Martínez (Paraguai, Presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. Comentários de abertura foram feitos pela Dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana, [RSPA]), Sra. Kei Kawabata (Gerente do Setor Social, Banco Interamericano de Desenvolvimento), Sr. José Miguel Insulza (Secretário-geral, Organização dos Estados Americanos) e Sr. Bill Corr (Secretário Adjunto de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos, país-anfitrião). A Dra. Margaret Chan (Diretora-geral, Organização Mundial da Saúde) também falou perante o Conselho via vídeo. O texto dos seus comentários pode ser encontrado na página web do 50º Conselho Diretor.¹

Assuntos procedimentais

Nomeação da Comissão de Credenciais

3. Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou o Chile, Jamaica e Nicarágua como membros da Comissão de Credenciais (Decisão CD50(D1)).

Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno, o Conselho elegeu os seguintes oficiais (Decisão CD50(D2)):

<i>Presidente:</i>	México	(Dr. José Angel Córdoba Villalobos)
<i>Vice-presidente:</i>	Peru	(Dr. Oscar Ugarte Ubilluz)
<i>Vice-presidente:</i>	Santa Lúcia	(Exmo. Sr. Keith Mondesir)
<i>Relator:</i>	Canada	(Dra. Karen Dodds)

¹ http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=3149&Itemid=2401&lang=pt

5. A Dra. Mirta Roses (Diretora, RSPA) serviu como Secretária *ex officio* e o Dr. Jon Kim Andrus (Diretor Adjunto, RSPA) serviu como Secretário Técnico.

Formação da Comissão Geral

6. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Cuba, Panamá e Uruguai como membros da Comissão Geral (Decisão CD50(D3)).

Adoção da Agenda (documento CD50/1, Rev. 2 e Rev. 3)

7. O Conselho aprovou a agenda provisória apresentada no Documento CD50/1, Rev. 2, com uma mudança: o relatório de progresso sobre a execução da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (item 8.6-E) foi transferido de Assuntos para Informação a Assuntos Relativos à Política de Programas (Decisão CD50(D4)). O Conselho também aprovou um programa de reuniões (documento CD50/WP/1, Rev.1).

Assuntos Relativos à Constituição

Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo (documento CD50/2)

8. O Dr. Celsius Waterberg (Suriname, Relator do Comitê Executivo) informou sobre as atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre setembro de 2009 e setembro de 2010, destacou os temas que haviam sido discutidos pelo Comitê, mas não haviam sido encaminhados para consideração pelo 50º Conselho Diretor, e observou que ele informaria sobre outros temas à medida que fossem discutidos pelo Conselho. Entre os temas não encaminhados estavam Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS, o Relatório Anual do Escritório de Ética, um relatório sobre a posição de projetos financiados da conta tipo holding, uma atualização da reforma contratual na OPAS, emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA e uma declaração feita por um representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS. Detalhes das discussões e medidas tomadas relativas a estes temas podem ser encontrados no relatório final de 146ª Sessão do Comitê (documento CE146/FR).

9. O Conselho agradeceu aos membros do Comitê pelo trabalho e tomou nota do relatório.

Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-americana (documento CD50/3, Rev. 1)

10. Após a projeção de um vídeo que resumiu o trabalho da Organização no ano anterior, a Diretora apresentou seu Relatório Anual, sob o tema “Promovendo Saúde, Bem-estar e Segurança Humana nas Américas”. Ela destacou algumas das maneiras pelas quais a cooperação técnica da OPAS havia contribuído para a segurança humana nos Estados Membros em sete áreas principais: economia da saúde, segurança alimentar, meio ambiente, segurança pessoal, segurança da comunidade, proteção social e controle de doenças, citando exemplos específicos

de atividades realizadas em cada área. Os principais eventos de saúde pública que haviam ocorrido na Região em 2009 e 2010, incluindo a pandemia de influenza e os terremotos devastadores no Haiti e no Chile, haviam sido lembretes pungentes da importância e das conexões entre saúde e segurança humana. Estes eventos também haviam sido lembretes vívidos de que a segurança humana era tão importante quanto à segurança nacional e de propriedade.

11. Ao longo do ano, a OPAS havia apoiado os esforços dos Estados Membros para enfrentar os efeitos da crise econômica mundial através de soluções financeiras sustentáveis, distribuição mais equitativa dos recursos e reorganização dos sistemas de saúde aplicando um enfoque de atenção primária à saúde. Por exemplo, a OPAS havia trabalhado com as instituições de fundos e previdência social usando um enfoque de atenção primária à saúde para melhorar a gestão e alocação dos recursos nos serviços de saúde com o objetivo de reduzir a demanda de assistência hospitalar e aumentar a assistência ambulatorial e domiciliar, assegurando a detecção precoce e tratamento de doenças crônicas e incorporando a promoção da saúde em todos os níveis de atenção.

12. Na área da segurança alimentar, a OPAS havia apoiado esforços para melhorar a detecção precoce, tratamento e seguimento da desnutrição aguda grave e também havia patrocinado projetos para melhorar a segurança alimentar e nutricional para crianças e combater a anemia em crianças e mulheres grávidas. Para melhorar a inocuidade dos alimentos, a Organização havia apoiado esforços para harmonizar a legislação, regulamentação e inspeção relativas à inocuidade dos alimentos e havia prestado cooperação técnica para a formulação de políticas de inocuidade dos alimentos e planos no âmbito nacional.

13. Com respeito à segurança ambiental, pessoal e da comunidade, a OPAS havia trabalhado com outros organismos das Nações Unidas para a publicação de um atlas de riscos ambientais infantis na Argentina e estava atualmente ajudando a elaborar um manual de procedimentos para combater a contaminação ambiental e ferramentas para detectar e responder a problemas relacionados de saúde no âmbito local. A metodologia seria disponibilizada a outros Estados Membros para incentivar o desenvolvimento de ferramentas semelhantes. Entre as iniciativas para segurança pessoal e da comunidade estava o apoio às autoridades sanitárias locais para capacitação em saúde ocupacional e esforços para combater a violência no local de trabalho e outras formas de violência, em particular a violência de gênero e violência entre jovens. Além disso, a Organização havia trabalhado com autoridades nacionais e departamentais para melhorar o acesso à assistência de saúde e a qualidade de vida e estado nutricional de pessoas deslocadas em decorrência da violência e desastres.

14. O apoio da OPAS aos esforços de prontidão para a pandemia nos anos anteriores havia surtido resultado com uma firme resposta à pandemia (H1N1) de 2009. A Organização havia rapidamente mobilizado equipes interdisciplinares de especialistas e havia fornecido ajuda para vigilância de doenças respiratórias, controle de infecção, diagnóstico laboratorial e comunicação de risco. Também havia se empenhado em garantir o acesso dos Estados Membros à vacina do vírus pandêmico através do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS.

15. Um dos trabalhos mais importantes da OPAS durante o ano para promover a segurança humana havia sido o apoio dado ao Haiti e Chile depois dos terremotos que sofreram. Nestes dois países, a Organização havia desempenhado um papel fundamental ao coordenar os esforços de assistência humanitária no setor da saúde. No Haiti, a OPAS havia coordenado as atividades das equipes médicas estrangeiras e clínicas móveis. No Chile, uma contribuição fundamental da OPAS havia sido o apoio à formulação e implementação de um plano integral de saúde ambiental, um plano de ação de saúde mental e uma estratégia e manual de atenção pós-desastre aos portadores de deficiência.

16. A segurança humana continuaria sendo um enfoque importante da cooperação técnica da OPAS no futuro, principalmente diante da crescente interdependência entre os povos e os países na Região e em todo o mundo. As lacunas entre os mais e os menos privilegiados continuariam a gerar situações de instabilidade que precisavam ser consideradas ao se dar atenção a todos os componentes da segurança humana, com forte ênfase na redução de desigualdades, visto que nenhum indivíduo, família, comunidade ou país poderia estar completamente seguro quando a segurança dos demais estava em risco. Essa era a mensagem que as autoridades sanitárias deveriam destacar ao defender maior investimento em saúde pública, fortalecimento dos sistemas de saúde e esforços intersetoriais para lidar com todos os aspectos da segurança humana. Da sua parte, a OPAS continuaria a promover a saúde como um contribuinte fundamental para a segurança humana e melhor qualidade de vida para todos os povos das Américas.

17. O Conselho elogiou a OPAS por seu trabalho durante o ano e felicitou a Diretora por seu relatório, que deu ênfase ao papel crucial da saúde para segurança humana e nas agendas nacionais e de desenvolvimento regional. Reconheceu-se que havia agora maior interdependência entre o âmbito local e global no que se referia a questões de saúde e maior consideração do fato que os problemas de saúde não respeitavam as fronteiras nacionais, como ficou extremamente claro com a pandemia (H1N1) de 2009, que havia se espalhado rapidamente e representado uma ameaça à segurança humana em todo o mundo. Os delegados elogiaram a resposta rápida e decisiva da OPAS à pandemia e enfatizaram a necessidade de esforço conjunto e respostas internacionais coordenadas às doenças com potencial de propagação internacional. Também foram reconhecidos os esforços da OPAS para facilitar o acesso à vacina pandêmica. Assinalou-se que a resposta à pandemia havia criado oportunidade de destacar a importância da vacinação contra outras doenças evitáveis por vacinação, como sarampo e rubéola. Foi salientada a importância de manter ampla cobertura de vacinação para estas doenças a fim de atingir as metas regionais e globais de eliminação de doenças.

18. Diversos delegados chamaram atenção para a necessidade de uma resposta global à crescente epidemia de doenças crônicas não transmissíveis e reiteraram aos representantes da área da saúde de todos os Estados Membros a participar da reunião de alto nível da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis, a ser realizado na sede das Nações Unidas em Nova York em setembro de 2011. As doenças crônicas eram uma ameaça grave à segurança e ao desenvolvimento humanos e faziam-se necessários compromisso político e um enfoque multissetorial, inclusive dos setores da fazenda, relações

exteriores, educação, comércio e agricultura, para combatê-las. Considerou-se que era especialmente urgente combater os índices crescentes de obesidade e outros fatores de risco para doenças crônicas entre crianças. Ao mesmo tempo, se assinalou que continuava existindo sérias ameaças à saúde por doenças infecciosas na Região e que algumas delas, como a dengue, estavam sendo exacerbadas pela mudança climática e ambiental. Era necessária estreita colaboração entre os países para o controle destas doenças e para reduzir os fatores ambientais e sociais que estavam contribuindo para a sua persistência. O Delegado do Brasil observou que seu país sediaria a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde em outubro de 2011. Este evento proporcionaria uma oportunidade aos países de se reunir para fazer uma avaliação detalhada do impacto dos determinantes sociais sobre a saúde e a qualidade de vida.

19. Os delegados mencionaram algumas outras questões de saúde que requeriam atenção contínua tanto da Repartição como dos Estados Membros, observando que muitas delas estavam na agenda do Conselho. Uma era a reforma dos sistemas de saúde e o desafio de alcançar cobertura universal. Um desafio estreitamente relacionado era o financiamento da saúde. Os delegados pediram a OPAS para que ajudasse os Estados Membros no desenvolvimento de sistemas que lhes permitiriam fazer uso mais eficaz dos recursos limitados. Enfatizou-se a necessidade de aumentar a transferência de tecnologia e de desenvolver capacidade tecnológica nos países da Região, principalmente para a produção de vacinas e outros produtos farmacêuticos. Destacou-se a importância de monitorar e avaliar o progresso para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, em particular os Objetivos 4 (Reduzir a mortalidade infantil) e 5 (Melhorar a saúde materna). A este respeito, os Estados Membros eram incentivados a adotar a estrutura global de prestação de contas sendo desenvolvida pelas Nações Unidas em parceria com os governos e outros interessados diretos para facilitar a notificação e o seguimento do progresso em saúde materno-infantil. Vários delegados enfatizaram a importância das atividades de controle do tabagismo, principalmente para fazer frente aos esforços por parte da indústria do tabaco de comercializar produtos de fumo para crianças e jovens. Foi também destacada a importância do esforço contínuo para eliminar as doenças negligenciadas, como a doença de Chagas, oncocercose e tracoma e chamou-se atenção para a necessidade de continuar a combater o HIV/aids e o estigma e a discriminação associados a estas doenças.

20. A Diretora agradeceu aos delegados pelas suas observações e pela informação fornecida sobre as iniciativas de saúde em andamento nos respectivos países. Ela reconheceu a importância crescente da questão das doenças crônicas e disse que mais informações sobre as atividades da Organização nesse sentido seriam fornecidas durante a discussão do relatório de progresso sobre a execução da Estratégia e Plano Regional de Ação para um Enfoque Integrado à Prevenção e o Controle das Doenças Crônicas, incluindo Dieta, Atividade Física e Saúde (ver parágrafos 257 a 266 a seguir).

21. O Conselho agradeceu à Diretora e tomou nota do relatório.

Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo (documento CD50/4)

22. O Conselho elegeu Granada, Peru e Estados Unidos para integrarem o Comitê Executivo, em substituição a Bolívia, México e Suriname, cujos mandatos no Comitê haviam vencido.

23. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R3, declarando Granada, Peru e Estados Unidos eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos e agradecendo Bolívia, México e Suriname pelo serviço prestado.

Assuntos relativos à Política de Programas

Avaliação de Fim do Biênio 2008–2009 do Orçamento e Programas/Relatório de Progresso Provisório do Plano Estratégico da OPAS de 2008–2012 (documento CD50/5)

24. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado a metodologia para avaliar a implementação do Programa e Orçamento de 2008–2009 e o Plano Estratégico para o período 2008–2012 e recebido um relatório sobre os resultados preliminares da avaliação. O Comitê havia tido o prazer de tomar conhecimento de que a maioria dos objetivos estratégicos e resultados esperados a nível regional estavam no rumo certo e havia reiterado à Repartição para redobrar seus esforços com respeito aos objetivos que eram considerados em risco de não serem alcançados até o final de 2012.

25. Vários delegados haviam comentado que as informações apresentadas no relatório de avaliação pareciam ter algumas incongruências. Havia sido assinalado, por exemplo, que os Objetivos Estratégicos 5 e 9 estavam classificados por último em termos de prioridade programática mas ambos apresentavam desalinhamento positivo, enquanto que os objetivos estratégicos classificados como primeira, segunda e terceira prioridade apresentavam um desalinhamento negativo. Sugeriu-se que, considerando os problemas de financiamento apresentados no relatório, fosse recomendável analisar o método usado para priorizar os objetivos estratégicos. Expressou-se apoio aos esforços da Repartição para obter mais contribuições voluntárias não destinadas para solucionar as lacunas de financiamento identificadas no relatório. O Comitê havia incentivado a Repartição a aplicar as lições aprendidas em 2008–2009 ao seu trabalho no biênio atual e em biênios futuros e a continuar a integrar perspectivas de gênero e perspectivas interculturais em todos os seus programas e atividades. O Comitê também havia elogiado o progresso da Repartição na execução da gestão baseada em resultados.

26. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) informou que a Organização continuava no rumo certo para alcançar todos os objetivos estratégicos determinados sob o Plano Estratégico de 2008–2012. No final do primeiro biênio do período coberto pelo Plano Estratégico, somente 4 dos 16 objetivos haviam sido considerados em risco de não serem alcançados ao final de 2012 e nenhum havia sido considerado “em dificuldade” (ou seja, provável de não ser alcançado). A taxa de execução para o orçamento total havia sido de 94% para o biênio: 99% para o orçamento ordinário e 89% para a

fração do orçamento derivada de outras fontes (principalmente de contribuições voluntárias). Um total de US\$ 281 milhões² haviam sido captados de outras fontes, que haviam coberto 81% do déficit de financiamento para o biênio.

27. Diante das observações do Comitê Executivo, a Repartição havia esclarecido a informação no relatório relativa ao alinhamento entre a hierarquização de prioridade programática dos objetivos estratégicos e a alocação de fundos. Esta relação estava ilustrada na figura 9 no Documento CD50/5, que esclarecia que havia um grau significativo de desalinhamento. Esta situação se devia a dois fatores: 65% do orçamento ordinário era alocado aos custos de pessoal e a maioria das contribuições voluntárias recebidas pela Organização era destinada a finalidades específicas. Estes dois fatores dificultavam redistribuir os recursos entre os objetivos estratégicos para solucionar os déficits de financiamento.

28. O Conselho Diretor recebeu com satisfação o progresso feito para o cumprimento dos objetivos estratégicos e elogiou a transparência e o compromisso para a gestão baseada em resultados evidente no relatório. Este progresso foi considerado particularmente digno de elogios em vista dos desafios não previstos que haviam surgido durante o biênio, em especial a crise econômica e financeira, pandemia (H1N1) de 2009 e várias catástrofes naturais na Região. Os delegados elogiaram a estrutura e o detalhamento do documento, que lhes permitiu analisar as atividades realizadas com relação aos diversos objetivos estratégicos e o orçamento, incluindo as contribuições voluntárias. Solicitou-se informação sobre como as contribuições voluntárias eram priorizadas pela Repartição (por exemplo, por país, por sub-região, por morbidade ou com base em outro critério). Esperava-se que a Repartição usasse o mesmo enfoque para avaliação nos biênios futuros a fim de assegurar que os dados apresentados fossem comparáveis e para facilitar a avaliação do progresso em relação aos pontos de referência identificadas em 2007.

29. Expressou-se apreensão quanto à aparente ausência de alinhamento entre a alocação dos recursos do orçamento e a priorização dos objetivos estratégicos, e reiterou-se à Repartição para continuar seus esforços a fim de sanar os déficits de financiamento, em particular com a captação de uma proporção maior de contribuições voluntárias não destinadas, e identificar barreiras à execução e reorientar os recursos conforme necessário. Foi expresso interesse especial quanto ao Objetivo Estratégico 4 (Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde nos estágios fundamentais da vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos), que era classificado como a mais alta prioridade programática, porém, o relatório indicava que havia um desalinhamento negativo e significativa falta de alinhamento. Sugeriu-se que a proporção do orçamento alocado para apoiar o fortalecimento dos sistemas de saúde e o avanço da cobertura universal também deveria ter aumento. Também se sugeriu que a Repartição deveria examinar alguns indicadores com o objetivo de assegurar que as metas contempladas se traduzissem em progresso real, principalmente com respeito aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde. Incentivaram-se os Estados Membros a dar atenção

² A menos que se indique o contrário, todas as cifras monetárias neste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

minuciosa às recomendações do relatório sobre a implementação das políticas e planos nacionais que visavam atingir as metas estabelecidas sob o Plano Estratégico.

30. O Dr. Gutiérrez disse que os fundos de orçamento ordinário eram alocados de acordo com a Política Orçamentária Regional para Programas (ver parágrafos 33 a 40 abaixo). Quanto às contribuições voluntárias, se elas forem flexíveis, poderiam ser distribuídas entre os diversos objetivos estratégicos conforme necessário, mas se elas forem destinados, elas teriam de ser usadas para as finalidades especificadas pelo doador. Decisões com respeito à realocação dos recursos eram tomadas a cada seis meses quando eram realizadas avaliações para verificar o grau de implementação dos planos de trabalho bienais desenvolvidos pelas autoridades nacionais em colaboração com o representante da OPAS/OMS. Embora alguns recursos pudessem ser redirecionados para cobrir déficits de financiamento identificados nas avaliações, a capacidade da Repartição de transferir fundos era limitada pelo fato de que quase dois terços do orçamento ordinário era alocado para cobrir os custos associados aos postos de pessoal e era difícil transferir os postos de uma área a outra. A Repartição estava ciente dos problemas com o alinhamento de fundos e prioridades programáticas e estava buscando maneiras de corrigi-los.

31. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), em resposta às observações com respeito ao Objetivo Estratégico 4, disse que as equipes técnicas da sua área estavam trabalhando com suas contrapartes no âmbito sub-regional e nacional para fazer melhor uso das ferramentas de monitoramento e avaliação a fim de assegurar que a cooperação técnica da Organização contribuísse da maneira mais eficaz possível para a redução da morbidade e mortalidade entre crianças e outros grupos vulneráveis.

32. O Conselho tomou nota do relatório.

Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas (documento CD50/6)

33. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado a metodologia e o procedimento proposto para avaliar a Política Orçamentária Regional para Programas adotada em 2004 e havia recebido um relatório sobre os resultados preliminares da avaliação. O Comitê havia sido informado que a política havia sido corretamente implantada e que, de modo geral, seu desenvolvimento e sua execução haviam sido um sucesso tanto para a Repartição quanto para os Estados Membros. Contudo, havia sido recomendado que o limiar de financiamento básico da política deveria ser reexaminado, pois em alguns casos havia evidências de que o piso de financiamento talvez fosse muito baixo para assegurar um nível mínimo de operações. Também havia sido recomendado que a política devesse ser mais flexível para permitir maior discricção na alocação dos fundos. O Comitê havia considerado a avaliação como prova do compromisso da Organização com a gestão baseada em resultados. Os delegados haviam destacado que a avaliação deveria examinar a fórmula de alocação de recursos diante dos novos desafios e circunstâncias em transição, e que os recursos deveriam ser alocados a fim de assegurar o financiamento suficiente para os objetivos estratégicos que haviam sido determinados como estando em desalinhamento negativo e/ou em risco de não serem alcançados ao final de 2012. Os delegados também haviam enfatizado a

importância de assegurar que as alocações aos Estados Membros fossem suficientes para permitir-lhes alcançar as metas dos indicadores sob o Plano Estratégico e, de modo em geral, participar efetivamente do trabalho da Organização.

34. O Sr. David O'Regan (Interventor Geral, Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, RSPA) resumiu os principais resultados da avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas, a saber: a política havia sido implantada corretamente de acordo com os critérios aprovados pelo 45º Conselho Diretor na Resolução CD45.R6 e a sua fórmula estrita de alocação havia fornecido uma metodologia clara, transparente e uniforme para a alocação de recursos do orçamento ordinário no âmbito regional, sub-regional e nacional. Porém, a avaliação também havia constatado que a fórmula de alocação não dava muita margem para flexibilidade na alocação de recursos e, portanto, os Serviços de Supervisão Interna e Avaliação (IES) recomendavam que fosse considerado introduzir fatores qualitativos na política de modo a fim de permitir maior flexibilidade. Ele recordou que, durante a discussão deste item pelo Comitê Executivo, ele havia sugerido que deveriam ser incorporados “elementos discricionários” à política; porém, depois de concluída a avaliação, o IES era agora de opinião que introduzir discricionariedade na tomada de decisão orçamentária poderia prejudicar a transparência e clareza e assim se recomendava que devessem ser introduzidos em contrapartida fatores qualitativos bem definidos (por exemplo, as necessidades especiais dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento).

35. Como observou o representante do Comitê Executivo, a avaliação havia revelado que o limiar mínimo de alocação para alguns países havia sido muito baixo, como demonstrado pela necessidade de captar mais recursos extra-orçamentários para assegurar um nível mínimo de operações. A avaliação também havia verificado que as variáveis usadas na fórmula do índice de necessidades de saúde (expectativa de vida e renda per capita) deveriam ser atualizadas pelo menos a cada dois biênios a fim de garantir que continuassem sendo relevantes. O IES recomendava que o fator de alisamento populacional incluído no índice de necessidades de saúde deveria ser reexaminado e que deveriam ser considerados métodos alternativos de alisamento do impacto do tamanho populacional. A introdução de limites máximos de alocação, além dos atuais pisos de alocação, também deveria ser considerada. Havia um alcance limitado para promover os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio sob a política orçamentária na sua forma atual, pois ela não era de caráter programático. Contudo, a alocação variável por países estipulada na política tinha o propósito de incentivar os países a empreenderem esforços especiais para o avanço dos Objetivos. A alocação variável por países representava somente 2% do orçamento ordinário total, que era talvez bem modesto.

36. A avaliação havia mostrado que a implementação da política no âmbito sub-regional havia sido inferior à implementação nos níveis regional e nacional. O IES era de opinião de que poderia ser útil identificar um único “proprietário interno” dentro da Repartição para assumir responsabilidade pela alocação dos recursos sub-regionais. O IES também recomendou que deveria ser considerada a viabilidade, conveniência e impacto de transferir os postos de pessoal regionais e sub-regionais a países com pequenas alocações do orçamento ordinário, que poderiam ter implicações importantes para a distribuição dos recursos em toda a Organização.

Também deveria ser considerada a extensão da atual política orçamentária no próximo biênio (2012–2013) a fim de que haja tempo suficiente de a Organização elaborar e decidir a próxima política, a ser executada em 2014–2015.

37. Na discussão que se seguiu à apresentação do Sr. O'Regan, a Delegada de Barbados salientou a necessidade de garantir financiamento suficiente para a implementação da estratégia sub-regional de cooperação recentemente aprovada para a sub-região do Caribe. Ela observou que tal apoio seria fundamental para uma transição bem-sucedida à Agência Caribenha de Saúde Pública (CARPHA) (ver parágrafos 55 a 58 abaixo).

38. O Sr. O'Regan agradeceu a delegada por destacar a questão da cooperação sub-regional. Havia se constatado ser difícil implementar o componente sub-regional da Política Orçamentária Regional para Programas tanto de um ponto de vista programático quanto orçamentário. Como ele havia dito, o IES acreditava que a designação de um único “proprietário interno” dentro da Repartição traria maior clareza no que se referia às alocações sub-regionais.

39. A Dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA) disse que a Repartição prosseguiria formulando a próxima Política Orçamentária Regional para Programas de acordo com o cronograma e procedimento estipulados no Documento CD50/6.

40. O Conselho tomou nota do relatório.

Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA (documento CD50/7)

41. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado as diversas opções para modernizar o sistema gerencial da Repartição, que havia sido proposto por um comitê nomeado pela Diretora para supervisionar o projeto de modernização, como determinado no Documento CD50/7. O Comitê havia analisado uma comparação detalhada dos princípios orientadores da OPAS e da OMS, e esta análise demonstrou que a OPAS tinha requisitos únicos que não podiam ser totalmente satisfeitos pelo Sistema de Gestão Global da OMS (GSM). Embora se reconhecia a necessidade de integração total com o GSM, havia claro que a execução do GSM sem algumas modificações não seria viável.

42. O consenso dos membros do Comitê havia sido que ambas as opções 1(c) e 3 evitariam as desvantagens associadas com a adoção do GSM sem modificação. Ambas as opções permitiriam à OPAS manter sua autonomia e, ao mesmo tempo, também facilitar o intercâmbio de informações com a OMS. Porém, os delegados manifestaram apreensão sobre o modo como o processo de modernização seria financiado e expressaram relutância em contemplar aumentos nas contribuições estimadas a fim de cobrir os custos. O Comitê havia pedido à Repartição que fizesse atualizações periódicas do custo do processo.

43. Considerando a situação jurídica separada da OPAS e outros fatores, o Comitê havia decidido recomendar as opções 1(c) e 3 como as mais vantajosas para a modernização do

Sistema de informação gerencial da RSPA, e havia solicitado uma análise mais detalhada destas duas opções, incluindo os riscos e os custos implicados na sua execução. O Comitê também havia solicitado um debate a fundo com a OMS e outras entidades envolvidas com o GSM, assim como com outros organismos das Nações Unidas que usavam software de planejamento de recursos de operação e havia pedido à Diretora para que ela apresentasse um plano financeiro que incluiria uma proposta de fontes de financiamento para o processo de modernização.

44. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) fez uma atualização do trabalho realizado desde a reunião do Comitê Executivo em junho de 2010, incluindo uma visita de uma semana à OMS para examinar os aspectos do GSM; visitas a outros organismos que estavam usando o GSM (por exemplo, UNAIDS); a outros organismos das Nações Unidas que operavam diferentes sistemas de informação gerencial; e aos prestadores de tais sistemas. Com base neste trabalho e análise posterior, a Repartição recomendou a adoção da opção 3, a saber, um produto de software de planejamento de recursos de operação de base combinado com a funcionalidade específica da OPAS. As razões para esta recomendação estavam descritas em detalhes no parágrafo 14 do Documento CD50/7. A implementação desta opção poderia ser iniciada em julho de 2012 e levaria cerca de dois anos, a um custo aproximado de US\$ 20 milhões, dos quais se propunha que cerca de metade seria financiada a partir da conta tipo holding e a outra metade viria de um encargo por preenchimento de postos a ser cobrado em todos os postos financiados pela OPAS. Uma descrição detalhada das etapas de implementação se encontrava no parágrafo 15 do Documento CD50/7.

45. O Conselho recebeu cordialmente as informações adicionais fornecidas sobre as diversas opções e suas implicações, observando que o relatório respondeu a muitas das questões que haviam sido aventadas pelo Comitê Executivo. Concordou-se que a situação jurídica especial da RSPA precisaria ser preservada. Ao mesmo tempo, foi destacado que o sistema da RSPA precisaria ser plenamente integrado com o GSM e se assinalou que haveria vantagens tanto à RSPA com à OMS se seus sistemas de informação gerencial estivessem o mais estreitamente alinhados. O Conselho decidiu que, por todas as razões apresentadas pela Repartição, a opção 3 era a melhor maneira de satisfazer estas condições. Porém, vários delegados solicitaram mais informações sobre o conceito de um encargo por preenchimento de postos.

46. O Dr. Gutiérrez agradeceu o apoio do Conselho à proposta da Repartição e assegurou aos Estados Membros que o sistema de informação gerencial da RSPA seria plenamente alinhado com o GSM. Como as outras regiões, a OPAS já estava prestando contas à OMS e informando todas as informações de que esta exigia e o sistema de informação gerencial futuro da RSPA atenderia todos os requisitos do GSM. Uma integração total talvez não seria possível, visto que os dois sistemas eram diferentes, mas através de interfaces, a RSPA poderia satisfazer todos os requisitos de prestação de contas da OMS.

47. Ele explicou que o conceito de encargo de preenchimento de postos já havia sido usado dentro da OMS para financiar algumas de suas funções, e estava de fato sendo aplicado a todos

os postos financiados pela OMS nas Américas. Considerou-se a introdução de um encargo semelhante, talvez de 8% a 12%, aplicável a todos os postos da OPAS, que forneceria recursos suficientes para financiar a opção 3.

48. A Diretora observou que os sistemas de computação eram uma questão complexa e era difícil tomar uma decisão sobre qual opção era a melhor porque muitos dos envolvidos no processo de tomada de decisão, inclusive ela mesma, não eram especialistas em computação. Ela acreditava que os Estados Membros reconheciam a complexidade da questão e agradecia por seu apoio e contribuição enquanto a Repartição buscava tomar a decisão correta sobre como proceder. Como ela havia dito em ocasiões anteriores, haviam pontos que precisavam ser discutidos quanto ao conceito de integração da RSPA com a OMS. Contudo, ela reconhecia que o Artigo 54 da Constituição da OMS contemplava tal integração e ela estava totalmente ciente de que, como Diretora, ela tinha uma função gerencial e administrativa e que deveria acatar as decisões sobre políticas tomadas pelos Estados Membros. Por esse motivo que ela havia sido muito cautelosa ao prosseguir com a seleção do sistema de informação gerencial correto para a Repartição.

49. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R10, aprovando a modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA baseado em software de planejamento de recursos de operação comercial, aprovando o uso de até US\$ 10 milhões da conta tipo holding para a modernização e solicitando à Diretora para começar preparativos minuciosos para projetos, averiguar outras fontes de financiamento e informar sobre o progresso ao Conselho Diretor em 2011.

Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica (documento CD50/8)

50. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente a proposta de um procedimento padronizado para a formalização das relações entre a OPAS e as instituições nacionais com a designação delas como instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica. Porém, vários delegados haviam manifestado a opinião de que o termo “instituição nacional associada à OPAS em cooperação técnica”, como definido no Documento CE146/12, não poderia ser aplicado a algumas das instituições mencionadas. Instituições privadas, associações acadêmicas e profissionais e organizações da sociedade civil, por exemplo, eram entidades autônomas e, embora pudessem atuar bem em coordenação com os ministérios da Saúde, elas não estariam sujeitas à orientação destes. Outros delegados haviam discordado, destacando que todas as atividades relativas à saúde pública deveriam estar sob a orientação da autoridade sanitária nacional. Vários delegados também haviam enfatizado que não deveria ser permitido às instituições se autodesignar como instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica, mas sim serem indicadas pelos ministérios da Saúde. Havia sido sugerido que o conceito de monitoração deveria ser incorporado ao procedimento proposto e que os ministérios da Saúde deveriam desempenhar um papel central, monitorando as atividades das instituições nacionais reconhecidas sob a política e o procedimento propostos.

51. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R17, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma nova categoria de relacionamento com as instituições, a saber, Instituições Nacionais Associadas à Organização Pan-Americana da Saúde em Cooperação Técnica. A definição do termo “instituições nacionais associadas à Organização Pan-Americana da Saúde em cooperação técnica” havia sido modificado em vistas às observações do Comitê.

52. O Conselho também recebeu cordialmente o procedimento proposto para reconhecer as instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica. Foi considerado que a formalização das relações entre a OPAS e tais instituições ajudaria a fortalecer a capacidade no âmbito nacional para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde e outras metas de saúde. Os delegados mostraram-se seguros quanto à capacidade da OPAS de servir de catalisador e coordenador das iniciativas conjuntas entre os setores públicos, privados e da sociedade civil, mas também assinalaram que alguns dos detalhes da proposta precisavam ser acertados à medida que fossem formalizados os acordos com as instituições nacionais. Por exemplo, a relação entre Cartas de Acordos e o procedimento de formalização precisava ser esclarecida, pois não estava claro se as Cartas de Acordo cobriam a alocação de recursos ou a formalização efetiva da relação entre a OPAS e a instituição nacional. Era também preciso esclarecer a relação de trabalho da OPAS com estas instituições nacionais e com os centros colaboradores da OMS, principalmente no que se referia às instituições que desempenhavam ambas as funções. Vários delegados observaram que eles aguardavam com expectativa a formalização das relações entre a OPAS e instituições específicas nos próprios países.

53. O Dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) observou que o esforço para elaborar os procedimentos para identificar as instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica estava de acordo com a política da Repartição de cooperação técnica centrada no país e o intuito desta de usar o talento nacional e otimizar as sinergias no seu trabalho com os países. A Repartição tomaria providências para assegurar que não houvesse nenhum conflito entre as suas relações com as instituições nacionais sob o novo acordo e as relações existentes com os centros colaboradores da OMS e que o trabalho das instituições nacionais complementasse, sem duplicar, o trabalho dos centros colaboradores da OMS. O novo procedimento seria avaliado periodicamente e seriam feitos quaisquer ajustes necessários.

54. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R13, aprovando os procedimentos para a identificação, designação e monitoração das instituições nacionais associadas à OPAS em cooperação técnica.

Análise dos Centros Pan-americanos (documento CD50/9)

55. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) informou que havia sido manifestada preocupação durante a discussão deste tema pelo Comitê Executivo quanto ao papel do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) ao prestar apoio laboratorial aos Estados do Caribe, principalmente em vista da fusão de cinco instituições sub-regionais de saúde pública no

Caribe, incluindo o CAREC, em um novo organismo, a Agência Caribenha de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), que se esperava estar plenamente operacional em meados de 2014. A Subdiretora havia assegurado ao Comitê que a Organização estava fornecendo todo o apoio necessário para facilitar a transição à CARPHA, que assumiria todas as funções do CAREC, inclusive as relativas ao apoio laboratorial.

56. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R9, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse uma resolução tomando nota da transferência com êxito da administração do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá ao Conselho Diretor do Instituto, e reiterando aos Estados Membros a prosseguir colaborando com a Repartição para avaliar se os Centros Pan-Americanos continuavam a oferecer a modalidade de cooperação técnica mais apropriada e eficaz e, onde conviesse, transferir a administração e operações destes aos Estados Membros ou a organizações sub-regionais.

57. Na discussão que se seguiu dentro do Conselho, várias delegações expressaram apoio à criação da CARPHA e elogiaram o apoio contínuo da OPAS ao processo de transição. Assinalou-se que a transição estava sendo realizada em meio a uma crise econômica e financeira mundial, sendo ainda mais crucial o apoio contínuo da Organização. O Delegado do Peru informou que, no dia 2 de outubro de 2010, a OPAS e o governo peruano haviam fechado um acordo para a transformação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) na Equipe Regional Técnica em Água e Saneamento (ETRAS) e observou a necessidade de modificar de acordo o parágrafo 3(d) do projeto de resolução sobre este tema (incluído no Documento CD50/9).

58. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R14 com a emenda com respeito ao CEPIS.

Plano de Ação para Hospitais Seguros (documento CD50/10)

59. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia manifestado firme apoio à proposta de Plano de ação para hospitais seguros e elogiado a OPAS por seus esforços para melhorar a capacidade dos hospitais da Região de adaptação a desastres. Vários delegados haviam descrito o trabalho em curso nos próprios países para melhorar a segurança dos edifícios e instalações hospitalares, enquanto outros haviam detalhado exercícios incluindo a avaliação dos hospitais com base no Índice de Segurança Hospitalar, sendo que vários haviam observado que o Índice havia fornecido a credibilidade necessária para persuadir políticos e altos funcionários da área financeira sobre a necessidade de mudanças e melhorias. Os delegados haviam salientado a necessidade de cooperação técnica e treinamento para permitir aos Estados Membros executar o Plano de Ação. Também havia sido salientada a necessidade de pesquisas sobre como construir hospitais que resistissem a furacões e terremotos.

60. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R6, recomendando que o 50º Conselho Diretor aprovasse o Plano de Ação.

61. O Conselho Diretor recebeu com satisfação o Plano de ação para hospitais seguros. Vários delegados elogiaram o Índice de Segurança Hospitalar como uma ferramenta muito útil para avaliar as vulnerabilidades hospitalares. Alguns países já haviam usado o índice e outros iriam aplicá-lo, com a ajuda da Repartição, aos seus hospitais nos próximos anos. Vários delegados descreveram as estruturas administrativas que haviam sido implantadas para coordenar a avaliação da segurança hospitalar e os órgãos administrativos que eram responsáveis pela tomada das medidas para melhorá-la. Eles observaram que a estima pela OPAS por parte dos políticos e altos funcionários da área financeira havia ajudado a assegurar que fossem incorporados os requisitos de segurança nas especificações de edifícios para hospitais. Outros explicaram as normas reguladoras que os hospitais existentes e novos hospitais tinham de cumprir para obterem aprovação e descreveram os sistemas de treinamento que estavam em vigor ou sendo desenvolvidos pelos responsáveis pela avaliação da segurança hospitalar.

62. Sugeriu-se que os termos de referência do plano de ação deveriam ser ampliados e, além dos hospitais, cobrir todas as instalações de saúde e que, além dos desastres naturais no sentido usual, o plano deveria cobrir também a proteção contra incêndios dos hospitais. Também se assinalou que o Plano de Ação deveria se aplicar não apenas a novas instalações de saúde, mas também às instalações existentes, a fim de assegurar que elas também continuassem sendo funcionais em caso de desastre. Um delegado observou que havia necessidade não apenas de treinar o pessoal da área da saúde em procedimentos em caso de desastre, mas também conscientizar a população em geral de como reagir em caso de uma calamidade.

63. O Dr. Jean Luc Poncelet (Gerente de Área, Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) agradeceu aos Estados Membros pelo apoio ao plano de ação. Ele assegurou ao Conselho que o plano destinava-se a cobrir todos os tipos de instalações de saúde, não apenas hospitais no senso estrito e, como descrito no objetivo 6 do plano, este também cobria os estabelecimentos existentes, não apenas instalações novas e futuras. Ele reiterou às delegações para que transmitissem aos seus países o entusiasmo que haviam demonstrado quanto ao plano de ação para que, com o apoio de especialistas técnicos e autoridades políticas no âmbito nacional, este pudesse ser executado e 18 mil hospitais na Região pudessem ser tornar de fato seguros.

64. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R15, aprovando o plano de ação.

Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária (documento CD50/11)

65. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente a estratégia para o desenvolvimento de competência de pessoal da área de saúde em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde, observando que isso ajudaria os países a alinhar a formação dos profissionais da saúde com as necessidades de saúde da população. Vários delegados haviam destacado a importância de treinar o pessoal da área de saúde no nível de atenção primária para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. A ênfase da estratégia no uso de novos métodos de ensino e tecnologias havia

sido elogiada. As delegações haviam recebido com satisfação particular a ênfase em criar redes de ensino em toda a Região, que permitiria aos países partilhar cursos e programas online a um custo reduzido ou sem custos, embora tivesse sido assinalado que o idioma poderia ser uma barreira ao uso destas redes.

66. Vários delegados haviam observado que não havia qualquer menção no documento sobre o item sobre a necessidade de fortalecer a sensibilidade do pessoal de atenção primária à saúde quanto a aspectos culturais e sociais, por exemplo, em comunidades indígenas. Um delegado havia demonstrado preocupação quanto à referência no documento aos bens públicos globais e ao uso conjunto de recursos educacionais abertos, enfatizando a necessidade de respeitar os direitos autorais e outros aspectos de proteção da propriedade intelectual. A referência aos “bens públicos globais” havia posteriormente sido extraída do projeto de resolução no tema, que o Comitê havia aprovado como Resolução CE146.R8.

67. O Conselho recebeu cordialmente a estratégia, afirmando que contribuiria para o avanço da atenção universal à saúde e alcance das diversas metas de saúde, como níveis pretendidos de vacinação, que não poderiam ser realizados sem pessoal adequado treinado em atenção primária à saúde. O fortalecimento dos sistemas de saúde com base nos conceitos centrais do enfoque de atenção primária à saúde requereria a transformação da força de trabalho existente e mudanças na variedade de competências e combinações de aptidões disponíveis, nas metodologias para a formação dos profissionais da saúde e na maneira na qual eles eram empregados e geridos. Destacou-se que os profissionais da saúde em todos os níveis do sistema de atenção de saúde precisavam compreender plenamente o conceito de atenção primária à saúde, que costumava ser erroneamente entendido simplesmente como assistência de saúde básica, e se assinalou que um aspecto importante que faltava à estratégia era o treinamento de pessoal da área da saúde de nível terciário no enfoque de atenção primária à saúde. Além disso, a estratégia deveria assegurar que as competências fossem alinhadas com o nível da complexidade das tarefas a serem realizadas pelos profissionais de saúde, pois os diferentes níveis de trabalho requeriam competências distintas, que por sua vez requereriam diferentes métodos de aprendizagem.

68. Vários delegados informaram que seus ministérios da saúde estavam no momento avaliando as lacunas de competência na sua força de trabalho da saúde e haviam solicitado apoio contínuo da OPAS para estimar com exatidão estas brechas e elaborar um plano de recursos humanos de saúde em áreas como avaliação de necessidades, planejamento, recrutamento, treinamento local e no exterior e retenção da força de trabalho. Os delegados também descreveram os cursos de formação e sistemas estabelecidos em seus países para formar pessoal médico nos diversos níveis. Alguns também informaram sobre campanhas para incentivar mais profissionais da saúde a trabalhar na atenção primária à saúde. Uma representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina disse que sua organização incentivava a participação dos estudantes de medicina na assistência à comunidade e projetos de prevenção na zona rural desde o início da educação médica como uma forma de desenvolver nos estudantes uma compreensão mais ampla do enfoque da atenção primária à saúde e atrair mais médicos às carreiras de medicina da família e comunitária. Ela também sugeriu que aumentar a diversidade

entre os estudantes de medicina, para que os médicos de amanhã fossem representativos da diversidade cultural e geográfica de um país, seria uma maneira de aumentar o número de médicos que optassem por trabalhar em meios rurais e vulneráveis. Vários delegados descreveram o trabalho que seus países realizavam para formar estudantes de medicina de outros países na Região, ou, como no caso de Cuba, a presença de equipes de médicos de um país trabalhando como instrutores em outros países.

69. Alguns delegados acharam que tanto a estratégia como o projeto de resolução sobre o item deveriam dar mais ênfase à necessidade de desenvolver a sensibilidade entre os profissionais da saúde quanto a aspectos culturais e ao reconhecimento do fato de que havia diferentes visões da saúde e de como estas eram alcançadas, inclusive através do uso de medicina tradicional. Destacou-se que o conhecimento dos aspectos multiculturais da saúde deveria ser incorporado à formação de todo o pessoal da área médica e se sugeriu que os grupos indígenas e outros étnicos deveriam trabalhar junto com os profissionais de atenção primária à saúde para desenvolver capacidade de proporcionar atendimento apropriado em suas comunidades. O projeto de resolução foi posteriormente modificado de modo correspondente.

70. O Conselho considerou que o treinamento através de *e-learning* tinha muitas vantagens. A Região tinha uma abundância de materiais didáticos e cursos para partilhar e o uso de redes permitiria esta partilha a um custo reduzido ou sem custos. Porém, o método de *e-learning* poderia ser difícil de ser estabelecido em alguns países devido à falta de conectividade confiável à internet. Os delegados descreveram iniciativas de *e-learning* em curso ou em desenvolvimento: o Suriname, por exemplo, estava criando um curso online de mestrado em saúde pública em coordenação com a Tulane University nos Estados Unidos, e o Brasil havia lançado recentemente uma universidade aberta financiada pelo Ministério da Saúde que estava fornecendo ensino em atenção primária à saúde e saúde da família e estava vinculada ao Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS. Sugeriu-se que o Campus Virtual de Saúde Pública também deveria fornecer os cursos em inglês.

71. Vários delegados, principalmente dos países do Caribe, assinalaram que o recrutamento internacional de pessoal da área da saúde era uma séria ameaça aos seus sistemas de saúde. Os países com recursos modestos gastavam somas consideráveis para formar o pessoal da área da saúde e depois não conseguiam contratá-los. Era fundamental que todos os Estados Membros aderissem ao recém-adotado Código de Conduta da OMS para Recrutamento Internacional de Pessoal da Área de Saúde. Os Estados Membros buscavam apoio da Repartição e de outros países para evitar enfraquecer seus sistemas de saúde com a perda da sua força de trabalho de saúde. Ao mesmo tempo, assinalou-se que os governos precisavam incutir no pessoal da área da saúde disposição para permanecer nos próprios países, em particular ao criar ambientes de trabalho favoráveis que motivariam este pessoal e estimulariam o crescimento profissional.

72. Um delegado se disse insatisfeito com respeito ao parágrafo 19 do Documento CD50/11, que se referia ao desenvolvimento de uma política de ensino “dirigida a todas as entidades no sistema de saúde”. Ele assinalou que a implementação deste aspecto da estratégia seria difícil

para os Estados Membros com um sistema de governo federal, visto que as decisões sobre os currículos eram tomadas em nível subnacional. Ele também assinalou que o conceito de “bens públicos globais” deveria ser eliminado do parágrafo 20(e), refletindo as mudanças feitas pelo Comitê Executivo ao projeto de resolução, e destacou que os direitos autorais e outras proteções da propriedade intelectual deveriam ser respeitados.

73. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área interino, Sistemas de Saúde baseados na Atenção Primária à Saúde, RSPA) agradeceu aos delegados pelas contribuições com seus conhecimentos e experiência. Ele concordou com as observações sobre a necessidade de incorporar o multiculturalismo à formação dos profissionais da saúde e disse que a RSPA estava dando respaldo à rede de instituições de formação de profissionais em saúde indígena na Região e que prosseguiria e ampliaria este processo.

74. O Dr. Charles Godue (Assessor Sênior, Recursos Humanos para Desenvolvimento da Saúde, RSPA) observou que a estratégia era baseada em uma rede de recursos de ensino e tinha o intuito de não ser apenas uma maneira de facilitar o acesso aos programas de formação profissional, mas um mecanismo composto para apoiar o pessoal da área da saúde em todos os aspectos de sua formação, permitindo que partilhassem conhecimento e experiência. Este enfoque não apenas resultaria em uma força de saúde mais bem formada, mas também poderia ajudar os países a reter o seu pessoal de saúde. A rede de treinamento deveria fornecer aos estudantes conhecimento teórico e compreensão prática das questões que os países da Região enfrentavam em assistência de saúde, inclusive as necessidades especiais das comunidades indígenas, problemas associados com a migração de pessoal da saúde e outras questões levantadas pelo Conselho.

75. A Repartição estava a par da preocupação com a necessidade de fornecer recursos educacionais em inglês e estava trabalhando para dar respaldo às redes de ensino na sub-região de países de língua inglesa do Caribe. Com respeito às observações sobre os “bens públicos globais” e à questão dos direitos autorais, ele explicou que, embora a referência aos bens públicos globais havia sido excluída da resolução, ela havia sido mantida no documento de estratégia porque o foco primordial da estratégia era a partilha de recursos educacionais abertos. Nos casos em que houvesse direitos autorais, eles certamente seriam respeitados, mas a ênfase principal da estratégia era, em vez de constantemente reinventar os mesmos materiais educacionais, permitir aos países partilhar os recursos existentes através de redes abertas, usando licenças como as fornecidas pela Comunidade Criativa.

76. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R7.

A Saúde e os Direitos Humanos (documento CD50/12)

77. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente o documento conceitual sobre a saúde e os direitos humanos como uma contribuição valiosa à análise da relação complexa entre a saúde e os direitos humanos e à proteção dos direitos relacionados com a saúde. O Comitê havia

considerado que o documento também seria útil para orientar a resposta da OPAS à crescente demanda de cooperação técnica com os Estados Membros sobre assuntos relacionados à saúde e direitos humanos. Os delegados haviam afirmado o compromisso de seus governos com o princípio, sancionado na Constituição da OMS, de que todos têm direito ao grau máximo de saúde que se pode alcançar. No entanto, assinalou-se que, embora alguns países reconhecessem este direito em suas constituições e legislação, não era um direito legalmente executável de acordo com a lei nacional de todos os países, sobretudo naqueles no qual a responsabilidade pela saúde estava sob a jurisdição dos níveis subnacionais de governo. Também se assinalou que os instrumentos de direitos humanos mencionados no documento não se aplicavam uniformemente a todos os Estados Membros.

78. O Comitê havia expressado concordância geral com o conteúdo do documento conceitual e manifestou apoio ao projeto de resolução no tema. No entanto, vários aperfeiçoamentos e modificações haviam sido sugeridas. Diante das muitas emendas sugeridas ao projeto de resolução, o Comitê havia decidido formar um grupo de redação com a liderança da delegação do México a fim de obter consenso em uma versão revista da resolução. O texto revisto produzido pelo grupo de redação havia sido posteriormente aprovado pelo Comitê como Resolução CE146.R16.

79. O Conselho também recebeu cordialmente o documento conceitual e elogiou a OPAS para os seus esforços para chamar atenção para a importância dos vínculos entre a saúde e os direitos humanos. Destacou-se em particular a ênfase do documento nos direitos dos grupos em situação de vulnerabilidade. Várias delegações descreveram as medidas implantadas nos próprios países para proteger os direitos destes grupos e garantir o acesso deles aos serviços de saúde apropriados, sendo que vários disseram que o direito à saúde estava sancionado nas suas constituições nacionais. Diversos delegados também informaram que os seus países haviam estabelecido escritórios específicos dentro de seus ministérios da Saúde ou outras agências governamentais para lidar com as questões relacionadas à saúde e direitos humanos. Foi assinalado, porém, que apesar de tais medidas, as mulheres e as crianças na Região continuavam morrendo de causas evitáveis e que pessoas portadoras de deficiência, idosos, migrantes, pessoas que viviam com HIV/aids, profissionais do sexo e outros grupos vulneráveis continuavam a ser alvo de discriminação e estigmatização por parte de profissionais de saúde.

80. Também se assinalou que, a fim de assegurar que as pessoas tivessem o mais alto grau de saúde que se pode atingir, era fundamental garantir o acesso ao saneamento e água potável, nutrição e moradia adequadas, condições seguras de trabalho, educação e informação sobre saúde e outros determinantes socioeconômicos de saúde. Vários delegados destacaram a importância de assegurar o acesso de mulheres à informação sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito de decidir quantos filhos elas desejam ter, de obter acesso a métodos de planejamento familiar e de estarem protegidas da violência sexual. Destacou-se a importância de serviços de saúde sensíveis aos aspectos culturais a fim de assegurar o respeito aos direitos relacionados com a saúde das populações indígenas e outros grupos étnicos, assim como melhores resultados de saúde para tais grupos. A importância de um enfoque baseado nos

direitos para a reforma da saúde também foi destacada. A este respeito, foi salientada a necessidade de eliminar práticas discriminatórias dos seguros de saúde, como negação de assistência a pessoas com doenças preexistentes. A participação de cidadãos na formulação de políticas de saúde foi considerada com uma maneira de assegurar o respeito aos direitos relacionados com a saúde.

81. Foi enfatizada a necessidade de maior conscientização das disposições relacionadas com a saúde de instrumentos internacionais de caráter obrigatório dos direitos humanos entre os profissionais da saúde, mas também entre os responsáveis pela formulação de políticas, advogados, juízes, encarregados pelo cumprimento da lei e outras autoridades, assim como a necessidade de implantar leis e políticas no âmbito nacional a fim de assegurar a execução dos instrumentos nos quais os Estados eram partes. Vários delegados observaram o valor da colaboração e intercâmbio de experiência entre os países a fim de identificar boas práticas relativas à saúde e aos direitos humanos e proporcionar formação e cooperação técnica para capacitar o pessoal e criar contextos facilitadores nos Estados Membros para monitorar, avaliar e supervisionar a conformidade dos serviços de saúde com os instrumentos internacionais de direitos humanos. Considerou-se que a proposta apresentada no documento conceitual proporcionaria uma base sólida para tal colaboração e para o trabalho em curso da Organização com relação à saúde e direitos humanos.

82. O Sr. Javier Vásquez (Assessor, Escritório de Gênero, Diversidade e Direitos Humanos, RSPA) agradeceu ao Conselho por seu firme apoio ao trabalho da OPAS nesta área e agradeceu os membros do Comitê Executivo por seu trabalho árduo em aperfeiçoar o documento conceitual e projeto de resolução, cujo objetivo principal era alcançar igualdade em saúde. A formação do pessoal da área da saúde para conscientizá-los das suas obrigações segundo os instrumentos de direitos humanos era o foco principal da Organização. De fato, seminários sobre diversos assuntos específicos mencionados pelo Conselho, inclusive os direitos de pessoas portadoras de deficiência e idosos e direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, já haviam sido realizados em diversos países da Região. Um desafio futuro seria identificar os indicadores que confirmariam o impacto positivo dos enfoques baseados nos direitos, por exemplo, redução de deficiência e prevenção de doença. Como um passo para vencer este desafio, a OPAS havia recentemente realizado uma análise minuciosa da aplicação dos instrumentos de direitos humanos no contexto dos serviços de saúde mental em 18 países da Região e em breve publicaria os resultados em documento intitulado “Apoio da Execução de Políticas de Saúde Mental nas Américas: Um Enfoque de Direitos Humanos baseado na Lei. Resultados, Tendências e Metas para a Ação de Saúde Pública.”

83. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R8 sobre este tema.

Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica (documento CD50/13)

84. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia elogiado os esforços da OPAS para reduzir a desnutrição crônica e apoiado o enfoque multissetorial com fundamentação científica estabelecido na estratégia. O Comitê havia

considerado que a estratégia abordaria tanto os determinantes como os efeitos da desnutrição crônica e ajudaria a eliminar um problema de saúde que continuava sendo de modo preocupante prevalente em algumas partes da Região. No entanto, ele também havia sugerido várias maneiras pelas quais a estratégia e o plano de ação poderiam ser melhorados. Por exemplo, sugeriu-se que o padrão de referência sendo usado para definir baixa estatura para idade deveria ser especificado e que a estratégia e o plano de ação deveriam abordar sobrenutrição e desnutrição, dado o aumento alarmante da obesidade infantil na Região. O Comitê também havia feito várias sugestões no que se referia às metas, objetivos e indicadores do plano de ação.

85. Havia sido destacada a importância do monitoramento e avaliação do progresso sob o plano de ação e dos programas nacionais e iniciativas e havia sido sugerido que os processos de avaliação deveriam incluir várias instituições para assegurar uma avaliação objetiva e independente. A Repartição havia sido incentivada a formar uma equipe técnica interna para apoiar os países no planejamento, execução, monitoramento e processos de avaliação. Várias alterações, incluindo referências aos problemas de sobrepeso e obesidade, foram introduzidas no projeto de resolução sobre este tema, que o Comitê Executivo havia aprovado como Resolução CE146.R12, recomendando que o 50º Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

86. Na discussão que se seguiu dentro do Conselho, os Estados Membros expressaram firme apoio à estratégia e ao plano de ação e afirmaram o seu compromisso com o alcance das metas determinadas sob o plano de ação. Foi expresso particular apoio aos componentes da estratégia enfocando a capacitação e o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde. Considerou-se que a estratégia e o plano de ação contribuiriam para o alcance de vários Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Foram destacados os efeitos de longo prazo da desnutrição para a saúde, desenvolvimento e produtividade econômica e salientou-se a necessidade de abordar os determinantes socioeconômicos que contribuíam para a desnutrição bem como a necessidade de enfoques intersetoriais e interdisciplinares. A importância de promover autossuficiência alimentar e um retorno às dietas tradicionais e alimentos indígenas foram enfatizados. A promoção da amamentação e da alimentação suplementar adequada foi também considerada como uma estratégia fundamental para redução da desnutrição.

87. Os delegados enfatizaram a importância da atenção pré-natal e pós-natal e o monitoramento periódico do crescimento e desenvolvimento infantil a fim de identificar as crianças em risco e tomar medidas oportunas para abordar qualquer problema identificado associado à nutrição, principalmente nos cinco primeiros anos de vida, que representavam uma oportunidade crítica para romper o ciclo intergeracional da desnutrição. Foi reconhecido que a baixa estatura para idade era o melhor indicador de desnutrição crônica e era também um bom indicador indireto das condições de vida da população e do efeito de intervenções a médio e longo prazo para redução da pobreza. No entanto, assinalou-se que era igualmente importante monitorar outros aspectos da desnutrição, como anemia e deficiência de iodo, que continuavam sendo prevalentes na Região, mesmo em países onde desnutrição não era um problema. Também se assinalou que o plano de ação estabelecia a meta de prevenir um aumento ou reduzir a

prevalência de sobrepeso e obesidade, mas faltava estabelecer uma meta em termos percentuais ou identificar uma população-alvo para a meta. Sugeriu-se que deveriam ser estabelecidas metas intermediárias e poderia ser realizada uma avaliação na metade do período de execução do plano e aplicadas as medidas corretivas necessárias.

88. Assinalou-se que apenas intervenções do governo não resolveriam o problema da desnutrição crônica e que parcerias público-privadas e maior colaboração entre os países eram fundamentais. Parcerias internacionais e coordenação internacional dos esforços para combater a desnutrição eram também consideradas cruciais e foi elogiado o trabalho da Aliança Pan-Americana para a Nutrição e Desenvolvimento. Os delegados também agradeceram o apoio que seus países haviam recebido do Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição. Sugeriu-se que um grupo técnico deveria ser formado sob a coordenação da OPAS para apoiar os processos nacionais de planejamento e ajudar na subsequente execução, monitoramento e avaliação da estratégia e plano de ação.

89. Várias delegações salientaram a necessidade crítica de combater não apenas a desnutrição, mas também a sobrenutrição a fim de reduzir o sobrepeso e a obesidade, principalmente em crianças, deter o crescimento de doenças crônicas na Região e conter os custos da saúde. Foi salientada a necessidade de promover dietas e estilos de vida saudáveis e de educar o público sobre os comportamentos saudáveis e boa nutrição. Destacou-se o papel dos meios de comunicação em massa em promover tais comportamentos. Saúde escolar e programas nutricionais também eram vistos como um meio de combater os déficits nutricionais e promover hábitos alimentares saudáveis. O Delegado dos Países Baixos propôs que fosse realizado um Fórum Pan-Americano sobre Obesidade, com ênfase especial à obesidade infantil, em Aruba de 8 a 11 de junho de 2011.

90. O Dr. Manuel Peña (Coordenador, Aliança Pan-Americana para Nutrição e Desenvolvimento) disse que ele havia prestado bastante atenção às observações do Conselho e estas seriam incorporadas à estratégia e plano de ação.

91. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R11, respaldando a estratégia e o plano de ação.

Fortalecimento dos Programas de Imunização (documento CD50/14)

92. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia confirmado a importância e a eficácia da vacinação como uma ferramenta essencial de saúde pública e havia expressado firme apoio ao Programa Ampliado de Imunização e o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS. O Comitê também havia apoiado os esforços da OPAS de fortalecer os programas nacionais de vacinação com o objetivo de obter níveis de cobertura de vacinação de 95% ou superiores e preservar as conquistas passadas no que se referia ao controle das doenças evitáveis por vacinação e ao mesmo tempo também trabalhar para obter novos êxitos. Havia sido destacada a necessidade de maior vigilância dos eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI). Tal vigilância havia sido considerada necessária para tranquilizar as preocupações do público quanto às vacinas e manter confiança nos

programas de vacinação. Um delegado havia sugerido que a referência à vacinação como um bem público deveria ser retirada do projeto de resolução sobre este tema porque não havia nenhuma definição internacionalmente aceita do termo “bem público”. Outros delegados, citando os impressionantes sucessos da Região ao erradicar, eliminar e controlar as doenças evitáveis por vacinação, haviam argumentado que a vacinação era inquestionavelmente um bem público. O Comitê havia por fim concordado em manter a referência à vacinação como um bem público, mas havia qualificado-a mudando a redação do terceiro parágrafo do preâmbulo. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R7 sobre este tema.

93. O Conselho Diretor expressou amplo apoio entusiasmado ao documento conceitual sobre o fortalecimento dos programas de vacinação. Foi recordado que as Américas haviam sido a primeira Região a estabelecer um programa de apoio técnico e administrativo aos Estados Membros para a prevenção de doenças através de vacinação a um custo acessível, um programa que havia se tornado um exemplo de boa prática seguido por outras regiões. Com a vacinação por profissionais da saúde altamente treinados e comprometidos, a Região também havia sido a primeira a erradicar a poliomielite e eliminar o sarampo autóctone e estava no rumo certo para eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita. Alguns delegados afirmaram que a vacinação deveria ser definida como um bem público, sendo que alguns deles destacaram que a saúde de populações deveria ter precedência em relação aos interesses comerciais dos produtores de vacinas. Foi feita menção às lições aprendidas com a pandemia (H1N1) de 2009, como a necessidade de melhorar os dados sobre a cobertura de vacinação a fim de identificar as áreas de baixa cobertura no âmbito subnacional e evitar erros na interpretação dos dados sobre a cobertura, e os Estados Membros pediram à OPAS assistência nesse sentido. Foi destacada a importância de maior vigilância epidemiológica das doenças evitáveis por vacinação, inclusive pelos centros-sentinela, assim como a necessidade de avaliar e fortalecer a capacidade nacional de produção de vacinas e de melhorar a capacidade laboratorial de diagnóstico. Sugeriu-se que deveriam ser estabelecidas redes estratégicas para promover a inovação, desenvolvimento e produção de agentes biológicos no âmbito regional.

94. Todos os delegados que falaram enfatizaram a importância do Programa Ampliado de Imunização e do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas, elogiando estes mecanismos como meios de facilitar o acesso a vacinas, principalmente às novas vacinas de alto custo. Alguns delegados questionaram se a vacina pneumocócica conjugada 13-valente estaria disponível através do Fundo Rotativo. Outros delegados expressaram preocupação de que ainda não havia vacina para dengue, e o Delegado de México respondeu que estudos clínicos de fase 2 e 3 para uma vacina para a dengue estavam em andamento no seu país e que se antecipava que a vacina estaria disponível em 2014. Os delegados de dois países do Caribe observaram que o fato de eles não se qualificarem ao financiamento pela Aliança GAVI tornava difícil assegurar uma cobertura de vacinação universal, o que era ainda mais sério porque seus países tinham uma elevada carga de doenças que poderiam ser evitadas com algumas das novas vacinas de alto custo. Esperava-se que a OPAS pudesse ajudar ao tornar estas vacinas mais facilmente acessíveis a todos os Estados Membros. Um delegado comentou que ele havia tido conhecimento que a OPAS havia mantido

discussões com a Aliança GAVI com o objetivo de assegurar que as populações da Região tivessem pleno acesso às importantes novas vacinas a um custo acessível.

95. Os delegados descreveram as atividades sendo realizadas de acordo com seus programas nacionais de vacinação e seus êxitos com respeito ao controle e à eliminação das doenças. Foi destacada a importância das campanhas para maior conscientização das vantagens da vacinação e os perigos das referidas doenças. Um delegado disse que o movimento antivacinação havia avançado mesmo entre os profissionais da saúde no seu país, prejudicando o programa de vacinação do H1N1. Sugeriu-se que o projeto de resolução deveria abordar esta questão.

96. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Assessor Sênior, Imunização Integral da Família, RSPA) disse que a Repartição redigiria um subparágrafo adicional com respeito às campanhas antivacinação para o projeto de resolução. Ele salientou a importância de fornecer informação oportuna e exata aos profissionais da saúde e ao público como uma maneira de opor-se a tais campanhas. Respondendo à pergunta sobre a provisão de vacina pneumocócica conjugada, ele disse que o Fundo Rotativo havia aberto licitação e havia recebido propostas para as vacinas 10-valentes e 13-valentes e estas propostas estavam sendo estudadas e os resultados seriam comunicados oportunamente.

97. A Dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA) assegurou ao Conselho que a OPAS continuaria a fortalecer o seu apoio às atividades de vacinação com o objetivo de permitir às gerações futuras crescer livres de muitas das doenças do passado.

98. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R5.

Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita (documento CD50/15)

99. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente a proposta de Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação de Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita, e havia elogiado a OPAS por sua liderança nos esforços para eliminar a transmissão vertical das duas infecções. Os membros do comitê haviam respaldado a meta de eliminação e manifestado a esperança de que a adoção do projeto de resolução correspondente ajudaria a mobilizar ação e apoio ao cumprimento da meta até 2015, contribuindo assim para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O Comitê aprovou a Resolução CE146.R15, respaldando a Estratégia e o Plano de ação.

100. O Conselho também recebeu cordialmente a proposta de estratégia e plano de ação e respaldou a meta de eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita até 2015, que se considerou ser factível tanto do ponto de vista biológico como do ponto de vista programático e financeiro. Foi assinalado, porém, que alcançar a meta requereria firme compromisso e grande empenho, principalmente por parte de profissionais da saúde em atenção primária e serviços de atenção materna e perinatal. Também se assinalou que o progresso em

direção à meta poderia ser dificultado pelo atual clima econômico e pela perda do financiamento pelo Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária para alguns Estados Membros. Recomendou-se que a estratégia deveria ser custeada e ter uma maior ênfase na participação masculina. A OPAS foi incentivada a basear-se nas lições aprendidas de outras iniciativas de eliminação da doença ao executar a estratégia e o plano de ação.

101. Os delegados agradeceram pela liderança da OPAS nos esforços regionais para reduzir a sífilis congênita e o HIV e pediram apoio contínuo da Organização e dos organismos de cooperação bilateral aos Estados Membros para implementar a estratégia e o plano de ação. A Delegada do Suriname informou que as principais autoridades médicas da sub-região do Caribe havia se reunido no início do ano para discutir a questão e haviam identificado várias áreas cruciais que precisavam ser fortalecidas, entre elas, exames e algoritmos de tratamento, validação e disponibilidade de testes diagnósticos rápidos, sistemas de prontuários médicos, sistemas de monitoramento e de avaliação e programas especiais para o sexo masculino. Entre as outras áreas para as quais foi considerado necessário apoio estavam expansão de serviços de saúde materno-infantil no nível da atenção primária à saúde, fortalecimento da vigilância de HIV e sífilis, melhoria dos testes de detecção de HIV e sífilis e serviços de tratamento precoce para mulheres grávidas e recém-nascidos e aperfeiçoamento dos exames laboratoriais. A Delegada das Bahamas reiterou para que fosse feito o credenciamento do laboratório de referência no Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) a fim de que ele pudesse comprovar a eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita.

102. Várias delegações observaram que as atividades a ser empreendidas sob o plano de ação, como a estratégia e plano em desnutrição crônica (ver parágrafos 84 a 91 anteriormente) e outras iniciativas discutidas pelo Conselho, contribuíam para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e para a maternidade segura e melhoria da saúde neonatal. Foi enfatizada a importância de um enfoque multidisciplinar, com estreita coordenação entre os serviços de saúde materno-infantil e programas para a prevenção e controle do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis. Um enfoque integrado com a participação comunitária no âmbito local foi também considerado com sendo crucial. Salientou-se a importância de assegurar o tratamento para homens diagnosticados com sífilis a fim de prevenir a infecção ou reinfeção das suas companheiras. A necessidade de adaptar a estratégia e o plano de ação às condições, necessidades e estrutura do sistema de saúde de cada país foi salientada, bem como a necessidade de incorporar perspectivas multiétnicas, multilíngues e multiculturais. Destacou-se o valor de partilhar a própria experiência entre os países, principalmente entre os que já haviam eliminado a sífilis congênita e estavam em vias de eliminar a transmissão materno-fetal do HIV e os países que haviam avançado menos nesse sentido. Diversos delegados confirmaram a disposição de seus governos de colaborar com outros Estados Membros e com a Repartição ao implementar a resolução sobre este tema. Os Estados Membros foram incentivados a considerar a possibilidade de assinar a declaração de compromisso adotada durante uma consulta técnica da OMS sobre a eliminação da sífilis congênita em julho de 2007.

103. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) agradeceu ao Conselho pelo seu apoio à estratégia e plano de ação. Ela assegurou aos Estados Membros que havia prestado bastante atenção às observações e recomendações feitas e que a Repartição continuaria trabalhando estreitamente com eles e com outros parceiros para atingir a meta de eliminação da transmissão materno-fetal do HIV e sífilis congênita.

104. A Dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA) observou que a execução com êxito da estratégia e do plano de ação faria com que as Américas se tornassem a primeira região a eliminar a transmissão vertical do HIV e sífilis. Ela enfatizou que a OPAS estava trabalhando com afinco para assegurar a sustentabilidade das atividades de prevenção e controle do HIV/aids na Região, principalmente considerando a corrente crise de econômica e financeira, o alto custo dos medicamentos antirretrovirais e as mudanças nas políticas de qualificação ao Fundo Global.

105. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R12, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação.

***Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas
(documento CD50/16)***

106. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia expressado firme apoio à Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção da Doença de Chagas e elogiou a liderança da OPAS nos esforços regionais para prevenir e controlar a doença de Chagas. O Comitê havia recebido cordialmente o progresso feito para combater a doença na Região, mas havia salientado a necessidade de esforço conjunto contínuo para atingir a meta de eliminar a doença de Chagas como um problema de saúde pública até 2015. Para esta finalidade, havia sido destacada a importância da vigilância contínua nas áreas não endêmicas e anteriormente endêmicas. A necessidade de atenção aos determinantes sociais e ambientais que haviam contribuído para a persistência da doença também havia sido salientada. Os delegados haviam enfatizado a necessidade de intensificar esforços para prevenir a transmissão do *Trypanosoma cruzi* usando outras maneiras que não a da transmissão pelo vetor. Vários delegados haviam comentado que a transmissão por alimentos era uma preocupação nos seus próprios países.

107. O Comitê havia salientado a necessidade de pesquisa, principalmente em resistência aos inseticidas e em métodos de diagnóstico rápido e a um custo acessível. Havia sido também enfatizada a necessidade de treinamento de recursos humanos e havia sido sugerido acrescentar ao plano de ação de uma terceira meta para o fortalecimento do treinamento de recursos humanos. O treinamento e a promoção de pesquisa haviam sido identificados como funções importantes da OPAS, assim como apoio e cooperação para melhorar a disponibilidade e o acesso aos medicamentos usados para tratar a doença de Chagas. Havia sido enfatizado, porém, que a OPAS deveria assegurar que sua cooperação técnica aumentasse os esforços existentes e não duplicasse as atividades ou recursos. O Comitê Executivo havia aprovado a Resolução CE146.R14, recomendando que o 50º Conselho Diretor respaldasse a Estratégia e aprovasse o Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção da Doença de Chagas.

108. O Conselho elogiou a estratégia e o plano de ação e apoiou a meta de interrupção da transmissão doméstica por vetores do *Trypanosoma cruzi* até 2015, embora uma delegada tenha sugerido que 2020 poderia ser uma meta mais realista, dada a evolução e a prevalência contínua da doença na Região e o progresso relativamente lento até o momento para o seu controle e eliminação definitiva. Várias delegações destacaram os vínculos entre a doença de Chagas e a pobreza e salientaram a necessidade de ação multissetorial a fim de abordar os determinantes socioeconômicos que contribuíam para a ocorrência da doença. À semelhança do Comitê Executivo, o Conselho ressaltou a necessidade de vigilância e detecção precoce em áreas não endêmicas e anteriormente endêmicas, visto que a doença poderia propagar-se ou reaparecer nestas áreas como resultado da migração populacional, desflorestamento e mudanças no habitat do vetor. A detecção precoce em mulheres grávidas era considerada particularmente importante para prevenir a transmissão congênita da infecção. Salientou-se a necessidade de ação conjunta entre países e coordenação entre os departamentos dentro dos ministérios da Saúde (incluindo os que se encarregavam da saúde materno-infantil, atenção primária à saúde e vigilância de doenças). Foi também considerado ser fundamental o treinamento para o pessoal médico para assegurar a capacidade deles de reconhecer a doença.

109. A necessidade de desenvolver melhores testes para o diagnóstico da doença e aumentar a disponibilidade de medicamentos para o tratamento da doença foi salientada. Para esta finalidade, concordou-se que o projeto de resolução sobre este item deveria convocar os Estados Membros a investigar e, se for o caso, promover uma variedade de planos de incentivos para pesquisa e desenvolvimento, incluindo estudar, conforme o caso, o vínculo entre o custo da pesquisa e desenvolvimento e o preço dos produtos de saúde, por exemplo, através de prêmios. Enfatizou-se que a agenda de pesquisa e desenvolvimento para a Região deveria ser estabelecido pelos Estados Membros. Assinalou-se que os países endêmicos deveriam procurar estimar a própria necessidade de medicamentos para tratar a doença de Chagas de forma que os fabricantes pudessem saber quanto produzir e assim os medicamentos poderiam ser disponibilizados a preços acessíveis. Além disso, foi sugerido que poderia ser útil criar um estoque regional de medicamentos que poderia ser acessado pelos países conforme necessário e aumentar a disponibilidade de exames diagnósticos e medicamentos para o tratamento através do Fundo Rotativo Regional de Provisões Estratégicas para Saúde Pública.

110. O Delegado do Peru informou que a interrupção da transmissão pelo *T. cruzi* havia sido recentemente atestada em mais de um departamento de seu país e solicitou que os dados sobre o Peru apresentado no Anexo A do Documento CD50/16 fossem atualizados de acordo.

111. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R17, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação.

Saúde, Segurança Humana e Bem-estar (documento CD50/17)

112. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia recebido com satisfação a oportunidade de tratar do assunto da saúde, segurança humana e bem-estar, mas havia pedido esclarecimentos e levantado questões com respeito a

algumas das idéias e propostas apresentadas no documento conceitual e no projeto de resolução sobre o tema. Os membros haviam concordado com a importância e a atualidade da questão da segurança humana, mas haviam considerado que mais trabalho era necessário para definir o conceito e sua relação com a saúde e esclarecer qual deveria ser a função da OPAS a este respeito. Vários delegados haviam observado que algumas das questões e ações mencionadas no documento estavam fora da esfera de ação da saúde pública e também haviam assinalado que muitas das questões de saúde pública discutidas ali já estavam sendo abordadas sob o Plano Estratégico de 2008–2012 e em outras resoluções, estratégias e planos de ação adotados pelos Órgãos Diretivos nos últimos anos.

113. Alguns membros do Comitê haviam considerado que a formulação de uma política, estratégia e plano de ação, como proposto na resolução, poderia ser redundante e duplicar os esforços existentes. Havia sido sugerido que, em contrapartida, o conceito da segurança humana deveria ser integrado às diversas áreas de trabalho da Organização e havia sido assinalado que tal enfoque estaria de acordo com o caráter multidimensional e multissetorial da questão. No entanto, alguns delegados haviam considerado que poderia ser apropriado elaborar uma política sobre a saúde e segurança humana com o objetivo de promover maior compreensão do conceito e facilitar sua incorporação em estratégias e planos de ação existentes. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R18 sobre o tema.

114. O Conselho apoiou o conceito de um vínculo entre a saúde e segurança humana, principalmente diante das novas ameaças comuns à saúde da comunidade internacional, muitas das quais eram de caráter extremamente complexo e transnacional; um exemplo era a pandemia (H1N1) de 2009. Os delegados concordaram com a visão apresentada no documento de que saúde era um fenômeno multidimensional, sendo que sua produção e proteção dependia da interação entre diversos fatores econômicos, políticos, ambientais, sociais e culturais. Apoio foi também expresso para a idéia de que a saúde estava diretamente vinculada à segurança humana pois esta promovia emancipação social e considerava as incertezas básicas além da segurança pelo Estado. O Conselho identificou várias ameaças à segurança humana: doença transmissível, mudança climática, violência, desastres naturais, dependência de substâncias, entre outras. Assinalou-se que estas ameaças tinham o potencial de reverter as conquistas da saúde dos Estados e assim ir minando pouco a pouco a segurança humana das suas populações.

115. Os delegados acharam que o documento dava uma boa contribuição para a compreensão do conceito de segurança humana. Reconheceu-se que não havia uma definição universalmente aceita que não fosse ambígua do conceito e observou-se que um grupo de trabalho da Assembléia Geral das Nações Unidas estava atualmente procurando definir este conceito. No entanto, destacou-se que, mesmo na falta de uma definição internacionalmente aceita, a OPAS poderia prosseguir seu trabalho de investigar e esclarecer a relação entre a saúde e a segurança humana. Também se assinalou que o conceito de segurança humana seria uma frase retórica vazia até que fossem tomadas medidas definitivas para tirar milhões de pessoas da pobreza, alimentar milhões de pessoas famintas e solucionar os fatores socioeconômicos e ambientais que estavam ameaçando a própria sobrevivência da raça humana.

116. Alguns delegados apoiaram as diretrizes para ação futura proposta no documento, embora outros acharam que todos os aspectos do tema estavam cobertos de alguma forma ou outra nos programas e atividades existentes da OPAS. Por exemplo, assinalou-se que vários dos objetivos estratégicos do Plano Estratégico de 2008–2012 já incluíam áreas de trabalho relacionadas com a segurança humana. Vários delegados salientaram a necessidade de esclarecer e delimitar a função específica da OPAS no que se referia ao tema e de determinar como a Organização poderia incorporar melhor as diversas facetas da segurança humana no seu trabalho. Embora tenha se manifestado apoio para o desenvolvimento de uma estratégia e plano de ação, o consenso dos delegados que se pronunciaram falou sobre este tema foi que, em vez de desenvolver novos mandatos para a Organização, a Repartição deveria esforçar-se para incorporar uma dimensão de segurança humana nas políticas, planos, e programas existentes. Em especial em uma época de austeridade econômica, considerou-se que recursos não deveriam ser gastos para elaborar uma estratégia ou plano de ação. De modo semelhante, considerou-se ser prematuro ministrar treinamento sobre segurança humana para o pessoal da OPAS e os Estados Membros, como contemplado no projeto de resolução sobre este tema.

117. Várias propostas foram feitas para aperfeiçoar o projeto de resolução. Alguns delegados acharam que deveria haver mais debates e análise sobre o conceito da segurança humana no contexto da saúde, levando em consideração as idéias expressas nos documentos de resultados das diversas conferências das Nações Unidas. Uma delegada sugeriu que a resolução deveria reconhecer a necessidade de promover o desenvolvimento econômico e social, participação de cidadãos, inclusão social, igualdade e educação e o combate à pobreza, doença e fome a fim de fomentar a segurança humana.

118. O Dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA), em resposta às ressalvas expressas sobre o assunto do treinamento, explicou que a idéia era apenas esclarecer ao pessoal da OPAS e Estados Membros a relação entre a saúde e a segurança humana, visto que havia muita confusão sobre o conceito no setor da saúde, apesar de este estar sendo examinado por vários anos.

119. A Diretora acrescentou que o conceito de “segurança”, com o significado de redução de riscos e vulnerabilidades, havia sempre sido um componente essencial das atividades de saúde pública, por exemplo, com relação à segurança alimentar e previdência social. Ela assegurou ao Conselho que a Repartição não estava propondo um novo mandato ou plano de ação; em vez disso, estava procurando esclarecer a relação entre a saúde e a segurança humana e investigar como as estratégias fundamentais da Organização, tais como promoção da saúde, atenção primária à saúde e proteção social, poderiam contribuir para a segurança humana.

120. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R16 sobre este tema.

Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública (documento CD50/18, Rev. 1)

121. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo, embora tenha considerado com satisfação os esforços da OPAS para abordar o

problema do abuso de substâncias de uma perspectiva de saúde pública, havia expressado ressalvas sobre alguns aspectos da estratégia proposta. Havia sido sugerido que a estratégia deveria adotar uma abordagem mais ampla e integrada e considerar a questão mais importante do uso prejudicial de substâncias psicoativas, seguindo o modelo da Estratégia Global da OMS para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool. Vários delegados haviam considerado que era necessário esclarecimento conceitual a fim de identificar precisamente a esfera de ação da saúde pública e a função da OPAS com relação ao problema. Assinalou-se que algumas das atividades contempladas na estratégia proposta em junho estavam fora da esfera de redução da demanda que, junto com tratamento, deveriam ser o foco da OPAS.

122. O Comitê havia ressaltado que a estratégia deveria dar mais ênfase ao tratamento do abuso de substâncias de uma perspectiva de saúde pública e deveria abordar problemas como a falta de acesso a tratamento adequado para pessoas com problemas de abuso de substâncias e a estigmatização e a exclusão social de tais pessoas. Salientou-se a necessidade de enfoques intersetoriais e nas comunidades para prevenção, tratamento e desintoxicação. O Comitê também havia destacado a importância de assegurar a uniformidade e complementaridade entre a estratégia proposta da OPAS e iniciativas relacionadas de outras organizações das Nações Unidas e sistemas interamericanos, principalmente a estratégia continental de combate às drogas adotada pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) da Organização dos Estados Americanos em maio de 2010.

123. Em vista das ressalvas expressas, o Comitê não havia considerado que estava em condições de respaldar a estratégia como proposta no Documento CE146/13, Rev. 1. Portanto, ele havia decidido formar um grupo de trabalho para realizar um exame mais rigoroso da proposta e facilitar o consenso sobre uma proposta revisada a ser apresentado ao 50º Conselho Diretor. O resultado do trabalho do grupo se encontrava no Documento CD50/18, Rev. 1.

124. O Conselho recebeu cordialmente a estratégia revisada e agradeceu ao Comitê Executivo por seus esforços. Como o Comitê, o Conselho salientou a necessidade de um enfoque de saúde pública ao problema do uso de substâncias, incluindo intervenções direcionadas para grupos de alto risco e programas nas comunidades. Tais programas eram considerados especialmente importantes para jovens e mulheres. Assinalou-se que as mulheres, em particular, com frequência relutavam em aceitar tratamento com internação porque não queriam se separar de suas famílias. Destacou-se a importância da detecção precoce e tratamento dos problemas de abuso de substâncias, assim como a necessidade de aumentar o número de pessoal adequadamente treinado para administrar o tratamento e desintoxicação e fornecer orientação para as pessoas com tais problemas. Esperava-se que a Estratégia para o Desenvolvimento de Competências do Pessoal da Área de Saúde (ver parágrafos 65 a 76 anteriormente) ajudasse a suprir esta falta.

125. Vários delegados salientaram a necessidade de estratégias para reduzir a procura e a oferta de substâncias psicoativas. Foi salientada a importância de fazer cumprir as leis existentes que proíbe a venda de álcool e produtos de fumo a menores, assim como a necessidade de

sanções mais rígidas para empresas que dirigiam a publicidade e outras iniciativas promocionais de tais produtos aos jovens. Os delegados também enfatizaram a necessidade de colaboração entre os países e de cooperação intersectorial nos esforços de redução de demanda e oferta. Cooperação com programas e autoridades de saúde mental foi considerada especialmente importante.

126. Várias delegações descreveram seus programas e estratégias e planos nacionais de prevenção e controle do abuso de substâncias, observando o alinhamento entre estes esforços e a proposta de estratégia regional. Alguns delegados mencionaram campanhas de conscientização e iniciativas de prevenção em escola dirigidas aos jovens nos seus próprios países. Outros detalharam os programas nas comunidades usando enfoques de atenção primária à saúde. Vários se referiram aos esforços legislativos para controlar a oferta de substâncias psicoativas e assegurar a disponibilidade de tratamento para pessoas com os problemas de abuso de substâncias. Muitos delegados identificaram o álcool como a substância psicoativa mais frequentemente consumida em seus países e salientaram a necessidade de um enfoque coordenado e integrado para os problemas de abuso de substâncias e uso prejudicial do álcool.

127. Enfatizou-se a importância da colaboração entre a OPAS e outras organizações, principalmente a OEA, para elaborar o plano de ação para a implementação da estratégia. Foi também destacada necessidade de complementar, sem duplicar, os objetivos e prioridades formulados na estratégia continental de combate às drogas da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas.

128. O Dr. Luiz A. Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) disse que a colaboração da Repartição com o Comitê Executivo ao revisar a estratégia havia produzido um resultado final que verdadeiramente representou um esforço coletivo e forneceu um modelo para colaboração com os Estados Membros ao elaborar estratégias futuras e documentos de posição. Ele agradeceu aos delegados pela contribuição dada, que ajudaria melhorar ainda mais a estratégia. Ele assegurou ao Conselho que a OPAS estava trabalhando estreitamente com a OEA nos esforços regionais para deter o abuso de substâncias e continuaria o empenho conjunto no futuro.

129. A Dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA) também agradeceu aos membros do Comitê Executivo e aos outros Estados Membros que haviam participado da revisão da estratégia e incentivou participação semelhante para o desenvolvimento do plano de ação, que deveria incorporar as boas práticas derivadas das experiências dos países da Região.

130. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R2, respaldando a estratégia e solicitando à Diretora para preparar um plano de ação de 10 anos para sua implementação.

Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável (documento CD50/19, Add. I e Add. II)

131. Foi convocada uma mesa redonda para permitir aos países debater possíveis soluções aos desafios de saúde associados ao urbanismo. O Presidente abriu a discussão, observando que o

mundo estava se urbanizando a um ritmo sem precedentes. Embora 13% da população mundial viviam nas cidades em 1900, esta porcentagem havia subido para 49% em 2005. As cidades atraíram migrantes por causa do seu potencial de melhorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas com economias de escala e disponibilidade de educação e oportunidades de emprego, alimentos e atenção médica. Porém, embora a atenção médica fosse em geral de mais fácil acesso nas áreas urbanas que nas áreas rurais, na Região das Américas, o crescimento urbano extremamente acelerado estava excedendo a capacidade das cidades de prestar serviços e exigindo demasiado dos serviços de saúde que precisavam atender pessoas com doenças crônicas não transmissíveis como câncer, diabetes e problemas respiratórios e cardiovasculares e também lidar com doenças transmissíveis de fácil propagação nos meios urbanos, como infecções sexualmente transmissíveis, HIV/aids, dengue, febre amarela e tuberculose.

132. A saúde nas áreas urbanas também estava sendo afetada enormemente pela mudança climática. Embora a mudança climática também afetasse as zonas rurais, o seu impacto nas pessoas das áreas urbanas era simplesmente maior porque uma porcentagem maior da população vivia nas cidades. O setor da saúde nas Américas precisava estar preparado para lidar com os efeitos para saúde da mudança climática, principalmente nas áreas urbanas. Em dezembro de 2010, o México patrocinaria a Décima Sesta Sessão da Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática, que proporcionaria uma oportunidade primordial aos países da Região para destacar as questões do setor da saúde no que se referia à mudança climática.

133. O Dr. Jacob Kumaresan (Diretor, Centro da OMS para Desenvolvimento da Saúde, Kobe, Japão) apresentou o tema, observando que mais da metade da população mundial hoje vivia nas cidades e, em 2050, sete em cada 10 pessoas estariam vivendo em cidades. Na América Latina e no Caribe, 80% da população atualmente viviam em áreas urbanas. Cerca de 110 milhões de pessoas, ou aproximadamente um quarto da população da Região, viviam em favelas. As cidades tinham de enfrentar uma tripla ameaça: doenças infecciosas exacerbadas pelas condições de vida precárias; doenças não transmissíveis e problemas originados pela má alimentação ou sedentarismo, uso de tabaco e abuso do álcool; e ferimentos, acidentes de trânsito, violência e criminalidade. Embora a urbanização e o crescimento urbano estavam associados com a prosperidade econômica, em nível agregado, as populações urbanas demonstraram as disparidades de saúde mais patentes nos países de baixa, média e alta renda por igual. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde não seriam alcançados a menos que estas desigualdades urbanas de saúde fossem solucionadas urgentemente.

134. A OMS havia realizado uma avaliação da igualdade urbana em saúde e desenvolvido uma ferramenta de resposta que permitia aos responsáveis pela formulação de políticas analisar as desigualdades de saúde e priorizar as ações adequadas. Em novembro de 2010, um Fórum Global de líderes municipais e ministros nacionais de diversos setores seria realizado em Kobe para se chegar a ações para reduzir as desigualdades de saúde nas cidades. Ao mesmo tempo, o Relatório Global da OMS/Nações Unidas-HABITAT sobre desigualdades urbanas de saúde seria

publicado, fornecendo informação com base científica para ajudar os líderes nacionais e municipais a tomar as medidas relevantes.

135. O Dr. Nils Daulaire (Diretor, Divisão de Assuntos de Saúde Global, Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA) fez um discurso de abertura em que assinalou que a urbanização era o evento demográfico dominante contemporâneo. Como quase 80% da população da Região das Américas viviam em áreas urbanas, as atividades de saúde pública teriam necessariamente de abordar questões urbanas. As cidades ofereciam oportunidades para educação e emprego e proporcionavam maior acesso a serviços como assistência de saúde. A suposição básica era que os residentes das cidades seriam mais saudáveis que suas contrapartes vivendo nas zonas rurais. Mas, na realidade, as taxas de morbidade e mortalidade eram com frequência maiores nas áreas urbanas, com a própria urbanização apresentando ameaças à saúde e ao bem-estar na forma de doenças infecciosas sensíveis à transmissão por alta densidade, doenças relacionadas ao estilo de vida e ao ambiente e ferimentos intencionais e não intencionais.

136. No ponto extremo, as megalópoles haviam sobrecarregado a capacidade dos governos locais de prestar serviços. Em especial nos bairros periféricos e favelas, o acesso à assistência de saúde e outros serviços básicos, inclusive o saneamento, era limitado ou inexistente. Porém, mesmo em áreas urbanas mais afluentes nos países desenvolvidos, eram vistas disparidades consideráveis de saúde. Em vez da biologia ou genética, tais diferenças de saúde eram devidas às desigualdades sociais e diferenças no grau de estresse, comportamento, estilo de vida e outros fatores ambientais. Os ministérios da Saúde precisavam usar uma mescla de estratégias e intervenções porque as situações locais diferiram, mas qualquer que fosse a estratégia, o papel do governo local era fundamental para reduzir as disparidades de saúde.

137. Em 2009, o ministério da saúde dos Estados Unidos havia publicado uma convocação à ação aos governos locais para elaborar políticas e planos para lares saudáveis e havia sido oferecido treinamento aos profissionais da saúde e programas de visitas domiciliares para identificar deficiências de moradia e ajudar as famílias vivendo em domicílios inseguros. Listas simples haviam sido fornecidas para orientar os indivíduos, famílias e proprietários a fim de tomarem medidas para tornar os lares mais seguros.

138. No âmbito global, no início da década de 80, a OMS havia lançado a Iniciativa de Cidades Saudáveis, conclamando a emancipação das comunidades e cidades a fim de lidar com os problemas locais de saúde. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos haviam implementado elementos da Iniciativa de Cidades Saudáveis da OMS em sua Iniciativa de Projeto de Comunidades Saudáveis. Os objetivos deste projeto eram promover a atividade física, maior acesso a alimentos saudáveis, melhorar a qualidade do ar e da água, minimizar os efeitos de mudança climática, diminuir o estresse de saúde mental e proporcionar acesso à educação e recursos para o sustento. Para ajudar os municípios à execução do projeto de comunidades saudáveis, os CDC haviam elaborado ferramentas de orientação, que poderiam ser facilmente disponibilizadas às partes interessadas de outros países. Uma ferramenta importante

na Iniciativa do Projeto de Comunidades Saudáveis foi a avaliação de impacto sanitário, usada para avaliar objetivamente uma política de saúde antes de ser implementada. Ela foi usada para incluir o impacto em potencial de saúde pública e considerações nos processos de tomada de decisão para projetos e políticas do setor da saúde e de outros setores, como transporte ou uso do solo.

139. Em termos gerais, as medidas tomadas pelos Estados Unidos eram coincidentes com as esboçadas pela Diretora-geral da OMS no Dia Mundial da Saúde de 2010. Entre elas, a promoção do planejamento urbano para comportamentos saudáveis e segurança, melhoria das condições de vida urbana, garantia de governança urbana participativa, construção de cidades inclusivas e acessíveis e de áreas urbanas resistentes a emergências e desastres. Algumas dessas ações eram do alcance dos ministérios da Saúde, mas outras eram domínio de outros setores. Através de coordenação e planejamento conjunto, os ministérios da Saúde deveriam servir como catalisadores para assegurar que estes outros setores levassem em consideração o impacto de saúde no seu próprio planejamento e programas.

140. Após os comentários introdutórios, os delegados participaram em um de três painéis de discussão. Todos os painéis debateram as quatro perguntas seguintes: (1) Como desenvolver iniciativas intersetoriais relevantes para modificar os determinantes da saúde em meios urbanos? (2) Qual deve ser o papel do ministério da Saúde no planejamento orientado a um futuro saudável para as cidades? (3) Como os serviços de saúde e outros setores pertinentes devem atuar ao administrar as cidades a fim de prevenir e controlar os riscos para a saúde associados à mudança climática? e (4) O que precisa ser feito para a Repartição Sanitária Pan-Americana e os Estados Membros prestarem apoio e acompanharem os avanços nesta área?

141. A Dra. Socorro Gross-Galiano (Subdiretora, RSPA) apresentou o relatório final dos grupos de discussão (documento CD50/19, Add. II), destacando os pontos principais que haviam surgido das discussões. Os grupos de discussão haviam reconhecido que alcançar as metas de saúde nos meios urbanos requereria instrumentos e estratégias eficazes para fortalecer os vínculos do setor da saúde com outros setores, visto que estes outros setores poderiam ter maior capacidade de enfrentar os determinantes da saúde nas populações urbanas. As autoridades nacionais e locais deveriam identificar os atores-chave com quem a colaboração intersetorial era fundamental e criar mecanismos que fomentariam a manutenção destes vínculos e promoveriam a inclusão dos aspectos importantes da saúde em todas as políticas. Critérios de saúde pública deveriam ser incluídos no planejamento urbano, com a incorporação da saúde em todas as políticas por meio da avaliação de igualdade urbana em saúde e ferramenta de resposta.

142. A mesa redonda também havia identificado as mudanças necessárias no projeto e estrutura dos serviços de saúde, especialmente serviços de atenção primária que atendiam as populações urbanas. As barreiras ao trabalho dos ministérios da Saúde e sua capacidade de reorientar os serviços de saúde deveriam ser reconhecidas para adaptá-los à dinâmica social, econômica e de população das cidades e aproximar os serviços dos usuários e alcançar cobertura adequada. De modo semelhante, eram necessárias mudanças no projeto e organização dos

serviços de atenção primária à saúde para adaptá-los à dinâmica social, econômica e da população nas cidades.

143. Os delegados haviam solicitado que a RSPA aumentasse a colaboração para desenvolver as ferramentas necessárias, incluindo adaptação de vigilância epidemiológica/de saúde, avaliação do impacto de saúde, instrumentos de seguimento para tomada de decisão urbana, e para facilitar o intercâmbio de boas práticas e lições aprendidas. Os grupos de discussão haviam salientado a necessidade de ferramentas para identificar os efeitos da mudança climática, principalmente onde havia relação com a persistência, reemergência ou propagação de doenças infecciosas transmitidas por vetores ou agravamento da epidemia de doenças crônicas não transmissíveis. Os grupos de discussão também haviam examinado a necessidade da OPAS de formular uma estratégia e plano de ação regional preliminares na área de saúde urbana e uma resolução para apresentação ao 51º Conselho Diretor.

144. Os Estados Membros haviam sido convidados a endossar uma declaração regional ressaltando as implicações da mudança climática para a saúde, a ser apresentada pelo Ministério da Saúde do México na Décima Sexta Sessão da Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática, a ser realizada em Cancún, México, de 29 de novembro a 10 de dezembro de 2010. Os ministros da Saúde e outros representantes do setor da saúde haviam sido incentivados a participar da conferência de mudança climática.

145. O Conselho tomou nota da discussão e do relatório.

Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos (documento CD50/20, Rev. 1)

146. O Dr. José Luis Di Fabio (Gerente de Área interino, Sistemas de Saúde baseados na Atenção Primária à Saúde, RSPA) recordou que a necessidade de fortalecer a capacidade das autoridades reguladoras para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos havia sido destacada durante a 146ª Sessão do Comitê Executivo pela delegação da Argentina com o apoio de muitos outros delegados, e que o Comitê havia solicitado que a Repartição preparasse um documento sobre o assunto para consideração pelo 50º Conselho Diretor. Observações dos Estados Membros sobre a versão preliminar do documento haviam sido recebidas por via eletrônica e uma versão revisada estava sendo apresentada ao Conselho.

147. Ele observou que, embora a responsabilidade primária pela qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos ou produtos biológicos era do fabricante, as autoridades reguladoras do governo tinham de assegurar que esta responsabilidade estava sendo cumprida e para isso as autoridades tinham de realizar uma série completa de atividades de monitoramento e supervisão. O documento e a resolução tinham o intuito de fortalecer estas funções de regulação, promover a harmonização e normalização das práticas reguladoras em toda a Região e incentivar a cooperação entre as autoridades reguladoras que já dispunham de procedimentos sólidos e os que ainda tinham de desenvolvê-los plenamente.

148. O documento propunha um processo para avaliar a capacidade reguladora de cada país e identificar os pontos fracos com a intenção de progredir para uma situação na qual os resultados e as competências da agência reguladora de um país poderiam ser reconhecidos em outros países, otimizando desse modo os recursos humanos e financeiros e levando por fim à criação de uma única autoridade reguladora de referência para toda a Região. Diversas ferramentas para este processo de avaliação haviam sido desenvolvidas pela OMS, inclusive uma para avaliar a capacidade das autoridades reguladoras de medicamentos e outra para a pré-qualificação de vacinas, mas o intuito era desenvolver mais e criar uma única ferramenta para avaliar todos os aspectos do processo regulador. Outro objetivo da proposta apresentada no documento era melhorar a capacidade das autoridades reguladoras nacionais de participar para garantir a qualidade, segurança e eficácia dos produtos obtidos pela OPAS em nome dos Estados Membros, principalmente quando tais produtos não haviam sido pré-qualificados pela OMS.

149. O Conselho Diretor recebeu cordialmente o documento e o projeto de resolução e respaldou a meta de uniformidade a nível regional de padrões e prática, o que ajudaria a eliminar a demora desnecessária no desenvolvimento global e disponibilidade de novos medicamentos, garantindo ao mesmo tempo a qualidade, segurança e eficácia dos produtos. O Conselho também respaldou a proposta do desenvolvimento e execução de um processo para avaliar o desempenho de autoridades reguladoras nacionais em termos das funções básicas estabelecidas pela OMS. Os países teriam desse modo uma estrutura para assegurar que estas funções reguladoras e de cumprimento atendiam a certos padrões e, portanto, poderiam obter aceitação em âmbito regional e internacional.

150. Foi observado que, em uma época de rápido avanço técnico, e também uma época em que os lucros a serem potencialmente obtidos com novos produtos médicos eram consideráveis, era fundamental garantir que tais produtos haviam sido sujeitos a um sólido processo de garantia da qualidade e haviam sido atestados pelas autoridades reguladoras competentes antes de chegarem ao mercado. A diversidade de princípios ativos farmacêuticos, o fato de que muitas populações na Região consumiam produtos médicos originários de fontes externas às fronteiras nacionais e a crescente complexidade das redes de distribuição tornavam, de modo global, a regulamentação de medicamentos e produtos biológicos uma questão de saúde pública internacional que requeria o trabalho conjunto dos Estados Membros.

151. Vários delegados descreveram a aprovação de medicamentos e sistemas de garantia da qualidade de seus próprios países e agradeceram a RSPA por sua ajuda em desenvolver estes sistemas e aperfeiçoar e modernizar os órgãos reguladores de seus países. Eles esperavam que tal apoio continuasse e que seria reforçado pela iniciativa proposta. Concordou-se que a criação de autoridades reguladoras de referência poderia ser de grande utilidade aos países cujas capacidades reguladoras ainda eram relativamente deficientes. Um delegado, embora concordasse de modo geral com os procedimentos para indicar as autoridades reguladoras descritos no Anexo A do Documento CD50/20, Rev. 1, instou a RSPA a estabelecer um sistema sólido e transparente, não apenas para a designação inicial das agências regionais de referência, mas também para avaliações de qualidade contínuas no futuro. Ele observou que tais esforços

requereriam um compromisso de recursos consideráveis, tanto financeiros como técnicos. Várias delegações salientaram a necessidade de autoridades reguladoras fortes para supervisionar a qualidade das grandes quantidades de medicamentos comprados pela OPAS através dos seus mecanismos de compras em nome dos Estados Membros.

152. Assinalou-se que o CARICOM havia feito consultas e pesquisas por mais de uma década sobre o estabelecimento de uma estrutura reguladora que levaria em consideração diferenças culturais e organizacionais entre os países do Caribe e asseguraria a qualidade dos medicamentos e produtos biológicos e preveniria ao mesmo tempo a circulação de produtos falsificados. Acreditava-se que estes esforços seriam reforçados pela iniciativa da OPAS. Observou-se também que, em muitas das pequenas ilhas do Caribe, não havia uma autoridade reguladora nacional ou ela eram bem rudimentar. Esta situação era de certa forma aliviada pela existência do Serviço de Compras Farmacêuticas da Organização dos Estados do Caribe Oriental (OECS), que assegurava a qualidade e a segurança dos medicamentos e produtos biológicos comprados no setor público. No entanto, havia um setor privado em expansão totalmente não regulamentado. Um delegado recomendou que uma lista de nomes dos fornecedores credenciados, facilmente acessível às autoridades nacionais e ao público, deveria ser criada em cooperação com as autoridades da OECS.

153. Um outro delegado assinalou que a América do Sul dependia em grande parte de medicamentos importados, sendo que praticamente não havia desenvolvimento de novos medicamentos na sub-região. O crescimento do mercado sub-regional de medicamentos era de 12% ao ano, mas era decorrente do aumento de preços e não de um maior volume de vendas. Era também um mercado em que o usuário não tinha acesso à informação. Neste contexto, o fortalecimento dos órgãos reguladores de medicamentos era crucial para assegurar a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Havia também necessidade de desenvolvimento de medicamentos para as demandas epidemiológicas específicas da sub-região, de convênios com os laboratórios de biotecnologia para ter acesso aos seus novos produtos, de mecanismos regionais de compras e de um observatório da qualidade e dos preços nas Américas, semelhante aos recém-lançado observatório de preços de medicamentos da Comunidade Andina, sediado no Peru.

154. O Dr. Di Fabio agradeceu aos delegados pelas suas observações e felicitou o Comitê Executivo por ter trazia um tema importante. Em resposta à observação sobre a necessidade de processos transparentes, ele observou que no Anexo A do documento havia uma proposta de desenvolvimento de procedimentos que eram padronizados e, portanto, transparentes. Em resposta às observações dos delegados dos países de língua inglesa do Caribe, ele reconheceu que não seria possível a todos os países da sub-região desempenhar todas as funções de regulamentação de medicamentos e seria necessário um trabalho colaborativo para se definir o nível mínimo de funções que cada país deveria realizar, contemplando ao mesmo tempo o estabelecimento de uma autoridade reguladora sub-regional. Com a referência à idéia de uma lista de nomes de fornecedores, ele sugeriu que, em vez disso, fosse criada uma lista de nomes de autoridades reguladoras de referência e que assim os produtos registrados nestes órgãos seriam

reconhecidos como sendo de qualidade adequada, de maneira muito semelhante à lista de produtos e vacinas pré-qualificadas pela Organização Mundial da Saúde.

155. A Dra. Socorro Gross (Subdiretora, RSPA) disse que a capacidade da Região de produção e inovação estava aumentando e que era, portanto, necessário também fortalecer a capacidade reguladora. Ela agradeceu os Estados Membros que estavam prestando apoio técnico e financeiro para esta finalidade e afirmou que a cooperação entre os países serviria para melhorar a capacidade das autoridades reguladoras nos países em que tal fortalecimento era necessário.

156. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R9.

Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas (documento CD50/26)

157. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre o progresso da execução da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco na Região. O Comitê havia elogiado os esforços da Repartição em ajudar os países ao executar a Convenção-Quadro e diversos delegados havia informado as atualizações feitas nas medidas adotadas nos próprios países para esta finalidade. Havia sido destacada a necessidade de abordar os aspectos de gênero da questão, dado o preocupante aumento do tabagismo entre meninas. A Delegada do Canadá havia informado que o governo canadense estava trabalhando com outros países para redigir diretrizes para a execução dos Artigos 9 e 10 da Convenção, relacionados à regulamentação do conteúdo e regulamentação de divulgação, em preparação para a sessão de novembro de 2010 da Conferência das Partes da Convenção.

158. O Conselho Diretor recebeu cordialmente o informe e o projeto de resolução. Este último foi considerado uma mostra da determinação dos Estados Membros da OPAS de não retroceder nos avanços feitos até o presente momento ao executar a Convenção-Quadro. O Conselho reiterou aos Estados Membros que ainda não haviam ratificado a Convenção para que considerassem a sua ratificação. Alguns delegados expressaram opinião de que os Estados que não estavam se empenhando para atingir as metas da Convenção-Quadro estavam dificultando o trabalho para os que estavam procurando atingi-las e assim estavam também promovendo o comércio ilegal de produtos de fumo.

159. Várias delegações expuseram as medidas adotadas pelos seus países para executar as disposições da Convenção, inclusive proibições ou restrições à publicidade e patrocínios de produtos do tabaco; advertências ampliadas nos maços de cigarro, em geral incluindo imagens gráficas; proibição do fumo em locais públicos e meios de transporte; proibição da venda de cigarros de brinquedo ou como guloseima; proibição da venda de caixas contendo menos de 10 maços como uma forma de manter o preço de uma caixa desanimadoramente alto; eliminação das concessões de isenção de impostos para produtos de fumo; e iniciativas educacionais, como

visitas a escolas e universidades para apresentar informação sobre os efeitos prejudiciais do fumo à saúde e também sobre as sanções para o descumprimento das leis antifumo.

160. Outras medidas adotadas em diversos países incluíam programas educacionais que visavam evitar que as pessoas, em particular as crianças, começassem a fumar e persuadiam os fumantes atuais a parar de fumar. Tais programas usavam uma variedade de mídias e de técnicas de comunicação, inclusive teatro de rua, para transmitir as mensagens. Alguns países haviam restringido o uso de termos potencialmente enganosos como “suave”, “light” ou “ultra-light” nas descrições de produtos de fumo. Outros haviam decretado proibição do fumo em todos os locais de trabalho, inclusive os do setor privado. Profissionais de atenção primária à saúde estavam sendo treinados em cessação do fumo e manuais técnicos sobre a implementação de certos artigos específicos da Convenção-Quadro estavam sendo elaborados. Os delegados reiteraram a necessidade de vigilância contra as tentativas da indústria do tabaco de introduzir novas formas de produtos de fumo em seus países, como guloseimas à base de tabaco ou “cigarros virtuais” que estavam sendo comercializados como uma maneira segura que causa dependência para burlar a proibição do fumo em locais públicos.

161. Alguns países haviam enfrentado dificuldades para reduzir o consumo de fumo através de impostos mais altos, visto que o aumento nos preços não parecia ter grande impacto. Em alguns casos, estava sendo preparada legislação que aumentaria ainda mais os preços, criando assim uma receita adicional para sustentar as novas estruturas de saúde que estavam sendo estabelecidas para tratar os efeitos do fumo. A experiência dos países que haviam sancionado lei antifumo mostrava que era necessária uma revisão constante para impedir brechas que permitiam à indústria do tabaco contornar as leis e regulamentações de controle do tabagismo. Foi sugerido que a Repartição poderia ter um papel neste processo ao distribuir informação sobre a legislação, políticas e diretrizes, talvez em website ou portal especial.

162. Também se solicitou assistência da Repartição para implementar medidas em respaldo ao Artigo 13 da Convenção-Quadro, relacionado à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco. Assinalou-se que, nesta área, era necessário um enfoque regional por causa da globalização, alcance da TV a cabo, internet e outras mídias. Portanto, seria necessário identificar os parceiros regionais apropriados para conduzir o processo. Discussões sobre este artigo haviam sido incluídas na agenda para a Quarta sessão da Conferência das Partes, que também consideraria um projeto de protocolo sobre o comércio ilegal de produtos de fumo. Uma delegada declarou que ela tinha diversas dúvidas quanto a tal protocolo visto que seu extenso mecanismo de cumprimento requereria a alocação de mais recursos ao serviço aduaneiro.

163. A Delegada do Canadá fez uma atualização da preparação no seu país das diretrizes para a execução dos Artigos 9 e 10 da Convenção, que o Canadá apresentaria na Conferência das Partes e a qual se esperava oposição enérgica de alguns interessados diretos.

164. Alguns delegados observaram que eles estavam atualmente em meio a litígios legais com a indústria do tabaco, que estava tentando abortar os esforços de controle do fumo. A Delegada do Paraguai informou que, embora houvessem sido sancionados dois decretos presidenciais

estabelecendo ambientes em que o fumo é proibido e a rotulagem dos produtos de fumo, eles haviam sido suspensos em decorrência de contestação constitucional pela indústria do tabaco que, com o apoio de alguns legisladores, haviam proposto um projeto de lei que anularia as medidas de controle do fumo implantadas até o presente. O Ministério da Saúde estava contando com o presidente para vetar esta legislação. A controvérsia havia resultado em um amplo debate público e se esperava que a resposta da população persuadiria o Senado a apoiar o veto presidencial.

165. O Delegado do Uruguai informou que a Philip Morris International havia entrado com uma ação contra o seu governo, alegando que as medidas implantadas pelo Uruguai para o cumprimento da Convenção infringiam os termos de um antigo acordo bilateral de investimento entre o Uruguai e a Suíça, sede do centro de operações da empresa. O seu governo estava atualmente preparando a sua defesa e havia recebido manifestações de apoio de vários governos e ONGs. Esperava-se obter ainda mais apoio na Quarta sessão da Conferência das Partes da Convenção-Quadro, que seria realizada no Uruguai. Ele destacou que o Uruguai não ia retroceder. Pelo contrário, o governo pretendia implantar outras leis antifumo.

166. O Dr. Luiz Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) recebeu cordialmente as atualizações sobre as medidas adotadas para executar a Convenção. Ele havia tomado nota da sugestão para que a RSPA facilitasse o intercâmbio de informações sobre legislação e assegurou ao Conselho que a Repartição daria este apoio. A RSPA esperava que houvesse um alto grau de participação pela Região na Quarta sessão da Conferência das Partes, que seria uma oportunidade para prosseguir com o debate sobre as maneiras de continuar a contribuir para a execução da Convenção-Quadro.

167. A Diretora disse que a Repartição continuaria a apoiar os Estados Membros nos seus esforços para implementar a Convenção-Quadro, inclusive através da provisão de informações sobre as leis adotadas nos diferentes países e identificação de brechas nas leis que poderiam levar a processos judiciais semelhantes àquele que o Uruguai enfrentava atualmente.

168. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R6, expressando apoio ao Uruguai nos seus esforços para executar a Convenção-Quadro e instando os Estados Membros a se oporem às tentativas da indústria do tabaco de obstruir a aplicação das medidas de saúde pública destinadas a proteger a população das consequências do fumo.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a Arrecadação de Cotas (documentos CD50/21 e Add. I)

169. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho que a arrecadação das cotas de 2010 havia somado US\$ 24,1 milhões e que desde então haviam sido recebidas contribuições adicionais totalizando pouco mais de US\$ 12,9 milhões. Dezesesseis Estados Membros haviam efetuado os pagamentos das cotas de 2010, 11 deles haviam feito o pagamento integral. Mais de 78% dos pagamentos

atrasados haviam sido pagos, restando um saldo pendente de apenas US\$ 7,1 milhões. A arrecadação combinada dos pagamentos atrasados e cotas do ano corrente em meados de junho totalizava US\$ 49,3 milhões, em comparação a US\$ 38 milhões na mesma época em 2009.

170. A Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) explicou que o Documento CD50/21 mostrava a situação das cotas de contribuição em 31 de julho de 2010, e o Documento CD50/21, Add. I fazia uma atualização até 20 de setembro de 2010. Após essa data, mais US\$ 1 milhão havia sido recebido da Argentina. As contribuições totais devidas em 1º de janeiro de 2010 para o ano corrente e anos anteriores haviam sido de US\$ 131 milhões, dos quais haviam sido recebidos até agora US\$ 81 milhões. Era a segunda maior receita de cotas recebidas até setembro em mais de 10 anos. Estes US\$ 81 milhões compreendiam US\$ 54,4 milhões de cotas de 2010 e US\$ 26,4 milhões de pagamentos atrasados. Portanto, o saldo pendente das cotas havia sido reduzido a somente US\$ 6 milhões, o menor nível de pagamentos atrasados visto em muitos anos.

171. Ao todo, 20 Estados Membros haviam pago as suas cotas para 2010 integralmente, 9 haviam feito pagamentos parciais e 10 Estados Membros não haviam feito o pagamento para o ano corrente. Todos os Estados Membros com os planos de pagamentos a prazo estavam em dia e nenhum Estado Membro estava sujeito às disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS. Cinco Estados Membros haviam efetuado contribuições voluntárias num total de US\$ 236.505 ao fundo de reserva estabelecido para apoiar as prioridades determinadas no cenário orçamentário alternativo apresentado ao 46º Conselho Diretor.

172. A Diretora, recordando que havia existido grande apreensão no início do biênio anterior sobre como a crise financeira mundial afetaria a capacidade dos países de cumprir seus compromissos internacionais, manifestou sua gratidão aos Estados Membros por seus esforços para continuar pagando suas contribuições à OPAS que, na sua opinião, refletia a importância que governos davam à saúde das suas populações.

173. O Conselho tomou nota do relatório.

Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2008–2009 (documento oficial 337)

174. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia visto apresentações sobre o Relatório Financeiro do Diretor feitas pelo contador chefe da RSPA e um representante do Auditor Externo. O contador chefe havia resumido o conteúdo do Relatório Financeiro, observando que a Organização havia concluído o biênio de 2008–2009 com um excedente de receita do orçamento ordinário em relação aos gastos de US\$ 4,2 milhões. Os gastos do orçamento ordinário para o biênio haviam totalizado US\$ 195,4 milhões. Os gastos totais do orçamento ordinário, fundos de reserva e outros fundos haviam sido de US\$ 547 milhões. A receita líquida das cotas de contribuições durante o biênio havia totalizado US\$ 183,1 milhões. As receitas diversas haviam totalizado US\$ 23,5 milhões e a

receita total recebida para compras das vacinas e outras provisões de saúde pública através dos diversos mecanismos de compras da Organização haviam sido de US\$ 745,7 milhões.

175. O representante do auditor externo havia informado o Comitê que o auditor externo não havia encontrado falhas ou erros que haviam sido considerados importantes para a precisão ou integralidade das contas da Organização e, portanto, havia emitido um parecer sem reservas da auditoria. O auditor externo também havia determinado que a Organização havia tomado as medidas apropriadas quanto às recomendações de auditorias anteriores e havia chegado à conclusão de que os resultados financeiros globais indicavam que a OPAS havia conseguido responder bem à instabilidade dos mercados financeiros e proteger o capital excedente separado para investimento. Além disso, o auditor havia verificado que a OPAS estava fazendo grandes avanços em direção à execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) e já estava produzindo demonstrações financeiras em plena conformidade com as IPSAS. O Comitê havia sido informado que o maior ponto fraco financeiro em relação à execução das IPSAS era a provisão de cobertura de seguro médico pós-serviço para o pessoal, que se estimava ser de US\$ 181 milhões.

176. O Comitê Executivo havia recebido cordialmente o parecer sem reservas da auditoria e havia tido o prazer de observar a boa saúde financeira da Organização. Porém, o Comitê havia expressado apreensão quanto à grande quantia que teria de ser separada para custear os direitos futuros dos membros do pessoal e pediu esclarecimentos se a OPAS contemplava criar um fundo de reserva para esta finalidade. O Comitê havia incentivado a Repartição a tomar medidas imediatas para implementar as recomendações do auditor externo em relação à execução das IPSAS, supervisão e controles internos e outros assuntos.

177. Considerando a receita excedente de US\$ 4,2 milhões em relação aos gastos durante o biênio, havia sido pedido ao Comitê que considerasse a possibilidade de autorizar a transferência de um adicional de US\$ 2 milhões da conta tipo holding ao Fundo Mestre de Investimentos de Capital, segundo estipulado conforme a Resolução CSP27.R19 da Vigésima Sétima Conferência Sanitária Pan-Americana. O Comitê havia sido informado que US\$ 2 milhões do excedente já haviam sido transferidos ao Fundo Mestre de Investimentos de Capital, de acordo com a mesma resolução. O Comitê havia aprovado a Resolução CE146.R2, autorizando a transferência solicitada.

178. Depois do relatório do Dr. Waterberg, uma delegada expressou apreço pelas recomendações feitas pelo auditor externo, principalmente com respeito à supervisão e controle, principalmente nos escritórios de campo, onde ele apontou em seu relatório algumas irregularidades nas compras, e também com respeito à execução das IPSAS.

179. O Conselho tomou nota do relatório.

***Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
(documento CD50/22)***

180. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia debatido uma mudança proposta no encargo cobrado nas compras de provisões de saúde pública. Havia sido explicado que um aumento do encargo atual, de 3% a 3,5%, era considerado necessário para ajudar a cobrir o custo do tempo do pessoal dedicado às compras em nome dos Estados Membros. O Comitê havia sido informado que nenhuma parcela do encargo atual cobrado de 3% era usada para o pessoal e outros custos, e na sua totalidade servia para contribuir para as contas de capitalização dos diversos fundos de compras.

181. O Comitê Executivo havia reconhecido o valor dos serviços de compras da OPAS e apoiado em geral o aumento proposto do encargo, embora alguns delegados tivessem questionado se seria suficiente um aumento de 0,5%. Um delegado havia proposto que o encargo deveria ter aumentado a 4% e que o 0,5% adicional do aumento deveria ser usado para ajudar a financiar a modernização do sistema de informação para gestão da RSPA.

182. Mais explicações pelo pessoal da Repartição haviam sido dadas e assim o Comitê Executivo havia concordado em recomendar um aumento de 0,5%, como se propunha, e aprovado a Resolução CE146.R3, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse um aumento do encargo de 3,5%, a entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011.

183. Depois do relatório do Dr. Waterberg, uma delegada manifestou apoio ao aumento, enfatizando que os orçamentos ordinários das organizações internacionais não deveriam desproporcionalmente subsidiar atividades financiadas com a receita extra-orçamentária. Ela sugeriu que o Conselho deveria aprovar o aumento proposto de 0,5%, mas que se deveria solicitar à Repartição que realizasse um estudo para determinar os custos gerais efetivos das atividades de compras da OPAS e projeções de aumentos futuros, e que o tema deveria ser reavaliado em um futuro próximo.

184. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R1, aumentando o encargo atual cobrado de 3% para 3,5%, a entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011, creditando-se o 0,5% adicional ao Fundo Especial para Custos de Apoio a Programas para cobrir os custos administrativos das atividades de compras.

***Salário do Diretor e Emendas do Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
(CD50/23)***

185. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia respaldado uma emenda proposta ao Regulamento do Pessoal 4.3, esclarecendo que os princípios de diversidade e inclusão deveriam ser considerados na contratação de pessoal, e também havia estabelecido os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor, a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2010. O Comitê havia recomendado que o Conselho Diretor aprovasse a emenda

proposta ao Regulamento do Pessoal 4.3 e estabelecesse o salário anual bruto do Diretor em US\$ 201.351.

186. O Conselho aprovou a Resolução CD50.R4, fixando o salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010 e aprovando a emenda a Regulamento do Pessoal 4.3.

Eleição dos Estados Membros a Comissões e Comitês

Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS ao término do mandato da Costa Rica (documento CD50/24)

187. O Conselho selecionou o Peru como o Estado Membro com direito a indicar uma pessoa para participar do Comitê de Coordenação Conjunta (Decisão CD50(D5)).

Prêmios

Prêmio OPAS em Administração 2010 (documento CD50/25)

188. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2010, formado pelos representantes de Colômbia, Guatemala e Suriname, havia se reunido durante a 146ª Sessão do Comitê Executivo e, depois de examinar as informações sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros, havia decidido conceder o prêmio à Dra. Elsa Yolanda Palou, de Honduras, pelo impacto nacional e sub-regional de suas atividades administrativas, médicas, de ensino e pesquisa sobre a qualidade da atenção prestada a pacientes com doenças transmissíveis, principalmente pessoas vivendo com HIV/aids.

189. O Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio OPAS em Administração 2010 à Dra. Elsa Yolanda Palou, cujo discurso de recebimento do prêmio pode ser encontrado na página web do 50º Conselho Diretor.

Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança em Saúde Pública Interamericana 2010

190. O Dr. Benjamin Caballero (Presidente do Conselho Deliberativo, Fundação Pan-Americana para Saúde e Educação) recordou que por 42 anos a Fundação mantinha parceria com a OPAS para realizar o objetivo comum de proteger a vida e melhorar a saúde nas Américas. Como parte desta parceria, vários Prêmios à Excelência em Saúde Pública Interamericana eram concedidos todos os anos, inclusive o Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança Interamericana em Saúde, criado em homenagem ao Dr. Abraham Horwitz, ex-diretor da OPAS e posteriormente presidente da PAHEF. O prêmio era um reconhecimento à liderança que havia transformado vidas e melhorado a saúde dos povos das Américas.

191. O Dr. Caballero, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança Interamericana em Saúde 2010 ao Dr. Carlos Monteiro, do Brasil, por seu trabalho sobre os padrões de consumo de alimentos e a epidemiologia da obesidade no Brasil e em outros países. O discurso do Dr. Monteiro ao receber o prêmio pode ser encontrado na página web do 50º Conselho Diretor.

Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética 2010

192. O Dr. Caballero disse que o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética havia sido criado em 2002 para homenagear idéias inovadoras no campo da bioética. Era uma homenagem ao Dr. Manuel Velasco Suárez, cidadão mexicano e médico, pesquisador e estudioso que haviam dedicado mais de 50 anos de sua vida à saúde pública e havia sido um dos fundadores da Academia Mexicana da Bioética.

193. O Dr. Caballero, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética 2010 à Dra. Paulina Taboada, do Chile, por seu trabalho em assuntos éticos relacionados à sedação paliativa de pacientes no final da vida. O discurso de recebimento do prêmio da Dra. Taboada também se encontra no website do 50º Conselho Diretor.

Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Atenção Universal à Saúde 2010

194. O Dr. Caballero recordou que o Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Atenção Universal à Saúde Pública havia sido criado no início de 2010 pelo Ministério da Saúde do Brasil e a PAHEF em cooperação com a OPAS. O prêmio era um reconhecimento dos líderes que haviam trabalhado para fazer avançar, influenciar e fortalecer programas de atenção universal à saúde na Região. Era uma homenagem ao brasileiro Sérgio Arouca, médico, estudioso e incansável defensor da atenção universal à saúde, que havia sido tal líder.

195. O Dr. Caballero, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Atenção Universal à Saúde Pública 2010 à Dra. Maria Fátima de Sousa, do Brasil, por seus esforços para fortalecer o sistema de saúde do seu país com, entre outros, a criação de uma rede para treinamento permanente e educação de profissionais da saúde da família. O discurso de recebimento do prêmio da Dra. Sousa pode ser encontrado na página web do 50º Conselho Diretor.

Outros Prêmios da PAHEF/OPAS

196. O Dr. Caballero anunciou que o Prêmio Clarence H. Moore à Excelência em Serviços Voluntários havia sido concedido à Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, uma organização sediada em Lima, Peru, por seu trabalho para a prevenção, educação e atividades de tratamento do câncer naquele país, e o Prêmio Pedro N. Acha à Excelência em Saúde Pública Veterinária havia sido concedido à Dra. Luisa Zanolli Moreno, aluna da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootécnica da Universidade de São Paulo, por sua tese universitária “Epidemiologia molecular da *Listeria monocitogenes* isolada de diferentes fontes no Brasil”. Estes prêmios foram entregues

em um jantar para premiação realizado durante a semana do Conselho Diretor. O Prêmio Fred Soper à Excelência em Bibliografia de Saúde foi entregue em 2010.

Prêmio de Reconhecimento OPAS de Campeão da Saúde

197. O Presidente anunciou que o Sr. Fernando Javier Sendra, cartunista e humorista da Argentina, havia sido reconhecido pela OPAS como um Campeão da Saúde por sua colaboração com a Organização em promover a amamentação. A OPAS concedia o prêmio de reconhecimento “Campeão da Saúde” a indivíduos proeminentes que haviam usado sua influência e prestígio para maior conscientização e compreensão de questões de saúde pública como vacinação, saúde materno-infantil, HIV/aids, fumo e álcool e violência doméstica.

Assuntos para Informação

Orçamento por Programa da OMS (documento CD50/INF/1)

Orçamento por Programa 2008–2009: Avaliação da execução (documento CD50/INF/1-A)

198. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado o relatório sobre a avaliação do Orçamento para Programas da OMS de 2008–2009 após ver uma apresentação feita pelo Dr. Mohamed Abdi Jama (Subdiretor Geral de Administração Geral, OMS). O Dr. Jama havia explicado que a avaliação analisava o desempenho do Secretariado da OMS quanto aos resultados esperados em toda a Organização como determinado no Orçamento para Programas de 2008–2009. Ela também identificava as principais realizações com relação aos objetivos estratégicos determinados no Plano Estratégico a Médio Prazo de 2008–2013. Além disso, fornecia um resumo da execução financeira, lições aprendidas e principais desafios em relação a cada objetivo estratégico.

199. O Dr. Jama havia informado o Comitê que 42 dos 81 resultados esperados em toda a Organização haviam sido plenamente alcançados e 39 havia sido alcançados em parte, e havia explicado que se um resultado esperado em particular não havia sido alcançado em todas as regiões, a Organização como um todo seria avaliada como tendo obtido este resultado apenas parcialmente. Nenhum havia sido avaliado como “não tendo sido alcançado”. O relatório de avaliação também havia revelado o grau efetivo em que haviam sido captado os recursos necessários para alcançar cada objetivo estratégico. O Dr. Jama havia explicado ao Comitê que a distribuição do financiamento entre os objetivos estratégicos e o alinhamento dos recursos com as prioridades continuavam representando grandes dificuldades para OMS porque grande parte do financiamento arrecadado era destinada a finalidades específicas.

200. De acordo com o Dr. Jama, uma das lições dignas de menção aprendidas com a avaliação havia sido que o estabelecimento de metas ambiciosas com prazo limitado, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, e a criação de novos mecanismos de financiamento, como o Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, haviam gerado recursos consideráveis e concentrado a atenção no alcance das metas. A avaliação também havia destacado a necessidade

de fortalecer os sistemas de saúde, pois haviam sido verificados falhas nos sistemas de saúde e governança da saúde em grande parte responsável pelo não cumprimento de várias metas. No entanto, o Dr. Jama também havia assinalado que, no biênio de 2008–2009, havia existido uma renovação do firme compromisso com os valores e princípios da atenção primária à saúde em todas as regiões, que na sua opinião era um sinal de bom augúrio para o futuro.

201. Depois do informe da Sra. Naarendorp, um delegado manifestou agradecimento pelos esforços da OMS em planejar orçamentos que eram alinhados com os objetivos estratégicos da Organização como estabelecido no Plano Estratégico a Médio Prazo de 2008–2013, que contribuiriam para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Ele também reconheceu os esforços da Organização para melhorar a administração de poucos recursos em um contexto de crise econômica internacional. Chamando atenção ao aumento proposto no orçamento para programas para 2012–2013, ele assinalou que não se deveria supor que recursos adicionais poderiam ser captados no atual ambiente financeiro, e portanto deveria ser examinada a possibilidade de manter um crescimento zero no orçamento.

202. A Diretora disse que as Américas, como todas as outras regiões da OMS, haviam participado ativamente da avaliação da execução do orçamento para programas da OMS de 2008–2009, o que havia melhorado a capacidade das diferentes regiões de monitorar o desempenho e assegurar o cumprimento dos resultados, tanto de uma perspectiva programática como do ponto de vista do uso adequado dos recursos e identificação de déficits de financiamento a fim de facilitar a captação de recursos extra-orçamentários. Além disso, como resultado de um esforço coletivo conduzido pela OMS, havia ocorrido uma distribuição mais equitativa dos recursos entre os países e as regiões, com vistas a alcançar os objetivos globais de saúde.

203. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Projeto de Proposta de Orçamento-Programa para OMS 2012–2013 (documento CD50/INF/1-B)

204. O Dr. Elil Renganathan (Diretor, Planejamento, Coordenação de Recursos e Monitoramento do Desempenho, OMS) apresentou o anteprojeto do Orçamento para Programas da OMS de 2012–2013, assinalando que ele estava sendo analisado em uma época de crise econômica mundial, que tinha implicações críticas para assegurar as conquistas em saúde que haviam sido obtidas até o momento e alcançar os objetivos futuros, inclusive os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. O anteprojeto de orçamento estava, portanto, sendo apresentado com um grau de aspiração, pois ainda não estava plenamente financiado e poderia ter de ser ajustado dependendo das circunstâncias.

205. Do ponto de vista programático, o projeto de orçamento para programas tinha o propósito de dar uma contribuição fundamental e oportuna para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, contribuir para a governança em saúde e responder às solicitações dos Estados Membros de maior transparência e prestação de contas. Em termos gerais, o rumo

dos 13 objetivos estratégicos determinados sob o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS permaneceria em grande parte inalterado. Nenhum novo resultado esperado a nível da Organização seria introduzido, apesar de mudanças discretas na ênfase refletindo a situação sanitária global em transição, e aperfeiçoamentos haviam sido feitos a alguns indicadores e suas metas, com base nas conclusões da avaliação da execução do orçamento de 2008–2009. Ele destacou que os objetivos estratégicos não deveriam ser vistos como programas verticais autônomos, pois havia considerável sobreposição entre eles.

206. O anteprojeto de orçamento para programas estava sendo apresentado em um formato unificado, mostrando o financiamento tanto das contribuições estimadas quanto das contribuições voluntárias. Ao mesmo tempo, ele estava desagregado em três componentes: programas de base, programas especiais e acordos colaborativos e resposta a crises e surtos. A OMS tinha diferentes graus de controle sobre os três componentes, como discutido detalhadamente no Documento CD50/INF/1. Ele destacou os conceitos de integração, continuidade e consolidação e mudança, também descritos no documento.

207. O orçamento geral para o componente de programas de base estava em grande parte inalterado. Embora a proposta para este componente demonstrasse um aumento de US\$ 51 milhões em relação ao valor para 2010–2011, em termos reais representava uma redução considerando-se o efeito da inflação e custos crescentes das atividades. Havia um aumento discreto no componente de programas especiais e acordos colaborativos e no componente de resposta a crises e surtos.

208. A OMS estava propondo um crescimento nominal zero para as contribuições estimadas; portanto, esta porção permaneceria em US\$ 944 milhões. Como resultado, como assinalado no documento, somente 20% do orçamento para programas de 2012–2013 estavam projetados para serem financiados com as contribuições estimadas, sendo 80% captados com contribuições voluntárias de financiadores, que eram predominantemente destinadas a fins específicos. Esperava-se que, em resposta aos esforços sendo realizados pela Diretora-geral, os Estados Membros deixariam de fazer um financiamento destinado e passariam a fazer contribuições mais flexíveis. A Organização também continuaria a melhorar a eficácia organizacional através da gestão baseada em resultados, redução de custo e aumento da eficiência.

209. Na discussão que se seguiu, uma delegada expressou satisfação com a atenção dada no projeto orçamentário ao objetivo estratégico relacionado à saúde materna, respondendo assim às preocupações expressas pelos Estados Membros com respeito ao avanço das metas relevantes. Com respeito à questão de governança e parcerias, a mesma delegada recordou que, em discussões anteriores, um tema frequente havia sido as relações da OMS com seus muitos parceiros, sendo que cada qual tinha uma estrutura diferente de governança. Ela perguntou se o anteprojeto de orçamento para programas havia levado em consideração os desejos expressos pelo Conselho Executivo da OMS nesse sentido. Ela também questionou quando deveria ocorrer o aumento projetado do financiamento flexível e se este aumento resultaria em um alinhamento diferente com os objetivos estratégicos. Além disso, ela assinalou que, se o financiamento estava

vinculado ao desempenho, então o histórico não era favorável à Região das Américas, que parecia ter sido penalizada pelo bom desempenho. Ela quis saber o que estava sendo feito para corrigir esta situação.

210. Outra delegada disse que o fato de a OMS poderia não conseguir aumentar parte das contribuições voluntárias projetadas a preocupava. Essa era uma consideração especialmente importante para os Objetivos Estratégicos 4 e 6, para os quais os fundos disponíveis no biênio de 2008–2009 haviam sido consideravelmente inferiores às quantias contempladas. Era também pouco claro como a OMS pretendia manter o financiamento para os objetivos estratégicos para os quais os Estados Membros haviam feito contribuições adicionais em resposta a eventos específicos, como a pandemia (H1N1) de 2009. Essa seria uma questão em particular para os Objetivos Estratégicos 1 e 5. Ela também observou que, embora a avaliação de desempenho de 2008–2009 tivesse indicado falta de uniformidade em obter os resultados pretendidos em todas as seis regiões da OMS, o anteprojeto de orçamento para programas não considerava este problema.

211. O Dr. Renganathan disse que a questão da governança das parcerias eram um componente crucial das discussões sobre o financiamento futuro da OMS, e se esperava que estas discussões proporcionassem melhor orientação sobre o assunto e dados para o orçamento para programas de 2012–2013. Com respeito à questão do financiamento flexível, a OMS estava trabalhando muito com os contribuintes referente ao aumento de US\$ 200 milhões recebidos dos Estados Membros em 2008–2009 para US\$ 300 milhões no biênio atual e, se tudo corresse bem nas discussões sobre o financiamento futuro, a OMS poderia estar razoavelmente segura de receber uma quantia de US\$ 400 milhões para 2012–2013. Se assim fosse, com cerca de US\$ 940 milhões provenientes das contribuições estimadas e cerca de US\$ 400 milhões das contribuições flexíveis e não destinadas, a Diretora-geral teria cerca de US\$ 1,3 bilhão, ou 30% do orçamento de US\$ 4,8 bilhões, à sua disposição para um melhor alinhamento dos recursos da Organização com as demandas globais de saúde. Além disso, um maior financiamento flexível ajudaria a Organização distribuir os recursos mais uniformemente em todas as regiões. A distribuição dos fundos era baseada em três critérios: déficit de financiamento, risco de financiamento e desempenho. Na última distribuição, o desempenho havia representado 20% da ponderação porque havia existido grandes déficits de financiamento e riscos de financiamento. Porém, o aspecto do desempenho poderia ser ajustado de acordo com a assessoria do Grupo Consultivo para Recursos Financeiros.

212. Com respeito aos fluxos de financiamento, ele disse que dentro da estrutura de gestão baseada em resultados, um componente crucial do planejamento operacional para 2010–2011 seria o planejamento da receita. Assim, quando os departamentos apresentavam os planos, eles também precisavam identificar as fontes de receita requerida e apenas se comprometer com atividades para as quais houvessem recursos disponíveis ou uma chance razoável de garanti-los.

213. O Dr. Jama acrescentou que a apresentação do projeto de orçamento para programas não mostrava todos os parceiros da OMS, mas apenas os que estavam incluídos no orçamento para

programas. A OMS tinha alguns outros parceiros, como o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) e a Parceria para Fazer Retroceder a Malária. Embora a Diretora-geral não pudesse determinar a quantia de dinheiro que uma dada parceria arrecadaria durante um biênio, a Organização, com sua participação nas estruturas de governança destas parcerias, poderia defender um melhor alinhamento dos recursos com as prioridades identificadas pelos Estados Membros.

214. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS (documento CD50/INF/2)

215. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre o progresso da Repartição na execução dos quatro componentes do modelo de gestão baseada em resultados da OPAS: planejamento; execução, desempenho, monitoramento e avaliação; análise independente e aprendizagem; e prestação de contas. O Comitê havia recebido cordialmente as diversas políticas apresentadas nos anexos ao relatório, em particular as que referiam à delegação de autoridade e coordenação de recursos, observando que esta última política permitiria a transferência de recursos entre entidades dentro da Organização e entre os objetivos estratégicos identificados no Plano Estratégico de 2008–2012. Como o Plano Estratégico identificava vários resultados esperados a nível regional os quais eram de responsabilidade conjunta dos Estados Membros e da Repartição, havia sido sugerido que se fizesse um esforço para reduzir estes resultados esperados a um número mais fácil de se lidar.

216. O Conselho Diretor também recebeu com satisfação o progresso da Organização em executar a gestão baseada em resultados como uma ferramenta real para a tomada de decisão programática e alocação de recursos, em vez de meramente um conceito teórico. O Conselho também considerou que a gestão baseada em resultados melhoraria o projeto e a avaliação de futuro planos estratégicos. Os delegados viam com satisfação que a estrutura continha uma função de avaliação dos recursos, pois a capacidade de avaliar o desempenho da organização e determinar o avanço de cada entidade da OPAS em direção aos objetivos estratégicos da Organização era fundamental para uma boa gestão baseada em resultados.

217. Foi enfatizado que o pessoal nas representações nos países e escritórios sub-regionais deveria ter a mesma competência que o pessoal regional de aplicar a gestão baseada em resultados. Melhor prestação de contas e comunicação de resultados iriam requerer um fortalecimento da capacidade institucional no âmbito nacional, com ênfase na coleta de dados, qualidade dos dados e boa análise para estabelecer os parâmetros de comparação e avaliar as mudanças com o passar do tempo. Também se sugeriu que a Organização deveria ministrar treinamento em gestão baseada em resultados ao pessoal dos ministérios da Saúde nacionais.

218. O Dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) afirmou que agora que a gestão baseada em resultados estava bem estabelecida, a Repartição teria mais informação para basear melhor suas decisões, em particular

sobre o uso a ser feito das contribuições voluntárias recebidas. A Repartição também agora se empenharia em reforçar a prestação de contas e delegação de autoridade.

219. A Diretora expressou agradecimento pela contribuição e assistência dadas pelos Estados Membros no processo de transformar um conjunto de princípios aplicáveis de modo geral em uma estrutura especificamente aplicável às realidades de uma organização de saúde pública como a OPAS. Ela agradeceu em particular o Canadá pelo seu apoio financeiro para todo o processo. A gestão baseada em resultados contribuiria para metodologias como o enfoque de cooperação centrado no país e também ajudaria a Repartição para ter uma atitude proativa, em vez de reativa, ao captar e alocar contribuições voluntárias. Aceitando a sugestão de ampliar o conhecimento da estrutura ao nível nacional, ela disse que os cursos de treinamento em gestão baseada em resultados a serem em breve proporcionados aos próprio pessoal da Repartição também poderiam ser oferecidos ao pessoal dos ministérios da Saúde nos Estados Membros.

220. O Conselho tomou nota do relatório.

Processo para Designação do Auditor Externo da OPAS para 2012–2013 e 2014–2015 (documento CD50/INF/3)

221. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que havia sido proposto, quando o Comitê Executivo havia examinado o processo para indicar o auditor externo em junho, que a Repartição poderia considerar a possibilidade de adotar um único mandato não renovável de seis anos para o auditor externo, que ofereceria um equilíbrio entre continuidade e um grau razoável de rotatividade e seria propício para manter a independência. O Comitê havia sido informado que a Repartição investigaria a viabilidade desta proposta, mas precisaria ter certeza de que, se o mandato não fosse ser renovável, receberia indicações apropriadas para o mandato seguinte. Senão, a Organização poderia se ver sem um auditor externo.

222. A Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) disse que o atual auditor externo da OPAS, o Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, havia indicado que não se candidataria novamente à vaga, e reiterou aos Estados Membros que indicassem candidatos ao cargo, observando que eles deveriam ser auditores internacionais de renome, como estipulado no documento. Tais indicações deveriam ser recebidas pela Repartição até abril de 2011.

223. O Conselho tomou nota do relatório sobre o tema.

Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS (documento CD50/INF/4)

224. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre o progresso do Secretariado ao executar o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos. Detalhes haviam sido proporcionados sobre o trabalho do Comitê Coordenador para o Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos, inclusive uma análise recente do sistema da Organização para administração de justiça e procedimentos

que o pessoal deveria seguir para contestar uma decisão administrativa ou disciplinar tomada contra eles. A análise havia pretendido assegurar que a administração do sistema de justiça fosse independente, robusta e profissional e que funcionava no momento adequado. O Comitê havia sido informado que um relatório sobre a análise estava sendo examinado pelo Comitê Coordenador e se esperava estar pronto para ser apresentado à Diretora em julho de 2010.

225. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA) acrescentou que o relatório de análise havia sido concluído e apresentado à Diretora em julho de 2010. Alguns ajustes haviam sido feitos no relatório, embora outros ainda estavam em consideração, e o Comitê Executivo seria informado a respeito na sua reunião em junho de 2011.

226. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

30º Aniversário da Erradicação da Varíola e da Criação do Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas (documento CD50/INF/5)

227. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado e respaldado uma proposta de uma comemoração para homenagear os milhares de profissionais de saúde e voluntários da comunidade que haviam trabalhado para a erradicação da varíola e reconhecer a contribuição do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS à saúde pública e aos sucessos do Programa Ampliado de Imunização na Região das Américas.

228. A comemoração do 30º Aniversário da erradicação da varíola e estabelecimento do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS foi realizada na terça-feira, 28 de setembro de 2010, durante o 50º Conselho Diretor. Como parte da celebração, o Conselho homenageou o Dr. Ciro De Quadros por sua contribuição ao Programa Ampliado de Imunização da OPAS/OMS, assim como sua atuação ao criar o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas. Além disso, foi descerrada uma estátua do Dr. Edward Jenner, pioneiro da vacina para varíola. A estátua é um empréstimo à OPAS do Edward Jenner Museum em Berkeley, Inglaterra.

229. O Dr. Donald Henderson, que serviu como diretor da Campanha Mundial de Erradicação de Varíola da OMS e assessor técnico da OPAS em doenças evitáveis por vacinação; o Dr. Ciro De Quadros, que foi pioneiro do Programa Ampliado de Imunização e estabeleceu o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas; a Dra. Esperanza Martínez, ministra da Saúde do Paraguai e firme defensora do Fundo Rotativo; a Sra. Sarah Parker, diretora do Edward Jenner Museum e a Dra. Mirta Roses, diretora da RSPA, discursaram perante o Conselho. O Dr. Henderson resumiu a história da iniciativa mundial para erradicar a varíola, destacando o fato de que a maioria dos avanços no combate à varíola havia se originado na Região das Américas. O Dr. de Quadros resumiu a história do Programa Ampliado de Imunização e do Fundo Rotativo e falou sobre sua visão para os esforços de vacinação futuros, salientando a necessidade de programas semelhantes ao Fundo Rotativo em outras regiões do mundo. O Dr. Martínez destacou o papel do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas de assegurar o crescimento e a consolidação dos programas nacionais de vacinação. A Sra. Parker recapitulou brevemente a

história e a importância do descobrimento da vacina para varíola. A Dra. Roses falou da introdução da vacina nas Américas e detalhou a história do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas. A fala da Dra. Roses, assim como a homenagem a Dr. De Quadros apresentada por Dra. Socorro Gross-Galiano, podem ser encontrados na página web do 50º Conselho Diretor.

230. Os Estados Membros agradeceram aos drs. Henderson e De Quadros por seu trabalho e destacaram o importante papel desempenhado pelo Programa Ampliado de Imunização e o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas em elaborar e manter programas nacionais de vacinação e promover a solidariedade e a igualdade. O papel da Aliança GAVI ao disponibilizar as vacinas a preços acessíveis também foi destacada, assim como a importância da transferência de tecnologia e desenvolvimento da capacidade de produção de vacinas nos países da Região. Vários delegados expuseram as suas atividades de vacinação no âmbito nacional e iniciativas para fortalecer os seus programas de vacinação, introduzir novas vacinas e manter altos níveis de cobertura de vacinação.

231. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) afirmou que a erradicação da varíola e triunfos posteriores no controle, eliminação e erradicação de doenças evitáveis por vacinação foram obtidos com a dedicação dos profissionais da saúde de toda a Região.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (documento CD50/INF/6)

Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (documento CD50/INF/6-A)

232. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia recebido com satisfação o progresso da Região até o momento para a execução do Regulamento Sanitário Internacional (2005), mas havia observado que o Regulamento ainda não havia sido plenamente executado em todos os Estados Membros e havia reiterado à OPAS para prosseguir com seus esforços de assegurar que todos os países da Região conseguissem cumprir com suas obrigações sob o Regulamento até junho de 2012. Os delegados haviam salientado a necessidade de coordenação intersetorial no âmbito nacional e de estreita colaboração e intercâmbio aberto e transparente de informação no âmbito internacional a fim de responder de modo eficaz aos riscos para a saúde pública que tinham o potencial de se tornar emergências globais de saúde. Um delegado havia ressaltado a necessidade de os Estados federais de assegurar uma boa coordenação entre a autoridade sanitária nacional e as autoridades estaduais.

233. A necessidade de solucionar as lacunas na prontidão e resposta à pandemia também foi salientada. O Comitê havia observado que a pandemia (H1N1) de 2009 havia sido um teste para o Regulamento e este havia demonstrado sua eficácia; porém, a pandemia também havia revelado algumas áreas que precisavam ser fortalecidas, como comunicação com a mídia, treinamento de recursos humanos e coordenação entre o setor da saúde e outros setores envolvidos na vigilância nos pontos de entrada e na resposta à emergência. O Comitê havia salientado a necessidade de

apoio constante da OPAS nestas áreas e na análise e modernização da legislação nacional para alinhá-la aos requisitos do Regulamento.

234. Na discussão que se seguiu, o Conselho Diretor recebeu cordialmente o progresso contínuo de execução do Regulamento Sanitário Internacional (2005), mas destacou a necessidade de concluir a avaliação das capacidades básicas e melhorar estas capacidades, principalmente nos pontos da entrada, a fim de atender aos requisitos de vigilância básica e capacidade de resposta estabelecidos sob o Regulamento. Os delegados descreveram as medidas tomadas nos próprios países para implementar o Regulamento Sanitário Internacional (2005) e destacaram a importância do papel da OPAS em ajudar os países na elaboração de leis para alinhar a legislação nacional ao Regulamento; vários delegados da sub-região do Caribe solicitaram assistência específica da Organização nesta área. Destacou-se a importância da cooperação horizontal em permitir aos países realizar melhorias onde pontos fracos haviam sido identificados, principalmente nos pontos da entrada. Vários delegados também destacaram a importância de trabalhar no contexto de acordos regionais como o Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), principalmente em relação à vigilância nos pontos da entrada internacionais.

235. Os delegados mencionaram diversas dificuldades que estavam atrapalhando os esforços de atender os requisitos de capacidade básica, como insuficiência de recursos humanos, deficiências de infra-estrutura e limitações de recursos financeiros. Foi sugerido que a OPAS poderia ajudar a apoiar a capacitação nos pontos da entrada, por exemplo, fornecendo traduções em espanhol das diretrizes e ferramentas de avaliação relevantes da OMS e identificando módulos para a formação interdisciplinar do pessoal. A OPAS foi também incentivada a fortalecer o seu papel de facilitador da comunicação entre os centros de coordenação nacionais e a Organização Mundial da Saúde, especialmente com relação a questões com implicações políticas para a Região. Manifestou-se agradecimento pelo treinamento e apoio prestados pela OPAS para os países que queriam implantar programas de epidemiologia de campo elaborados pelos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. Tais programas eram considerados uma boa maneira de melhorar a capacidade das equipes de resposta rápida no âmbito local.

236. Vários delegados mencionaram a necessidade de melhorar o apoio laboratorial para permitir a análise oportuna das amostras. Sugeriu-se que os países que não tinham capacidade laboratorial suficiente no âmbito nacional deveriam identificar redes regionais de laboratórios de saúde pública e fortalecer a cooperação no que se referia à remessa e análise das amostras. Destacou-se a importância de reuniões regionais e internacionais que proporcionavam oportunidades para partilhar experiência; em particular, os delegados expressaram satisfação com a organização da primeira reunião conjunta regional dos Centros de Coordenação Nacionais, o comando dos serviços de vigilância nacionais, e autoridades nacionais responsáveis pelos pontos da entrada, realizada em maio de 2010 em Quito, Equador. A importância de aproveitar ao máximo as lições aprendidas com a resposta à pandemia (H1N1) de 2009 foi salientada. A Delegada do Chile informou que os centros de coordenação regionais estabelecidos

em todo o seu país haviam demonstrado ser de grande importância para coordenar a resposta à pandemia e também haviam provado ser de grande utilidade para coordenar os esforços de assistência após o terremoto de fevereiro de 2010.

237. A Delegada do Reino dos Países Baixos, referindo-se ao estabelecimento no próximo dia 10 de outubro de 2010 de Curaçao e Saint Maarten como países separados dentro do Reino dos Países Baixos, assegurou ao Conselho que a legislação nacional destes novos países estaria em conformidade com o Regulamento antes daquela data.

238. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA), observando que a execução do Regulamento implicaria em alguns casos em considerável reorganização dos sistemas nacionais, salientou a necessidade de participação política e apoio no nível mais elevado. Referindo-se às questões mencionadas pela representante do Comitê Executivo no relatório, ele assegurou aos delegados que a Repartição daria prioridade ao treinamento de recursos humanos, comunicação de riscos e coordenação. De fato, já estava sendo ministrado treinamento em comunicação de risco e ela estava trabalhando com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos na elaboração de um programa de formação profissional em epidemiologia. Ele também observou que várias das ferramentas da OMS haviam sido traduzidas para o espanhol e que a OPAS estava começando a difundir-las.

239. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

Atualização sobre a Pandemia (H1N1) de 2009 (documento CD50/INF/6-B)

240. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia examinado o relatório sobre a pandemia (H1N1) de 2009 e havia elogiado a OPAS por sua liderança na resposta regional e enfatizado a necessidade de usar a experiência e as lições aprendidas com a pandemia para fortalecer o planejamento e melhorar capacidade de responder a futuras emergências de saúde pública. Havia sido sugerido que as lições aprendidas com a pandemia na Região também deveriam ser levadas em consideração pelo Comitê de Análise do Regulamento Sanitário Internacional da OMS. Havia sido salientada a importância de revisar ou ampliar os planos nacionais de contingência para pandemia de influenza, bem como a necessidade de estabelecer centros nacionais de influenza para todos os países da Região. A necessidade de estreita coordenação entre os ministérios da Saúde e da Agricultura para vigilância de doenças, detecção e resposta aos surtos também havia sido destacada.

241. Na discussão do relatório pelo Conselho Diretor, os Estados Membros expressaram agradecimento pela assistência oportuna e eficaz fornecida pela OPAS em resposta à pandemia (H1N1) de 2009. A valiosa assistência prestada pelo Centro de Epidemiologia do Caribe e Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos foi também reconhecida. Os delegados pediram uma análise formal das lições aprendidas com a pandemia e descreveram algumas das lições aprendidas com a experiência de seus próprios países. Assinalou-se que a pandemia havia revelado alguns pontos fracos na aplicação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e que também havia ressaltado a necessidade de treinamento em

comunicação eficaz dos riscos. A importância da preparação estratégica antecipada foi enfatizada. Vários delegados salientaram a necessidade de intensificar a prevenção tanto no nível da comunidade como no nível individual. A importância da promoção e instrução em práticas básicas de higiene, como a lavagem das mãos, foi também ressaltada. Destacou-se a necessidade de campanhas mais eficazes de informação do público, principalmente para promover o debate sobre infecções respiratórias agudas como causa de mortalidade em grupos vulneráveis.

242. Vários delegados enfatizaram a importância de um enfoque integrado e multissetorial para a vigilância e prevenção das doenças infecciosas emergentes. A colaboração entre os setores de saúde humana e saúde veterinários foi considerada especialmente importante, dada a origem zoonótica da influenza A (H1N1) e outras doenças recentes. A colaboração entre as autoridades sanitárias e autoridades da área do trabalho e educação foi também considerada fundamental para instruir a população sobre a influenza e como evitá-la e facilitar a execução de medidas como fechamento de escolas para prevenir a disseminação da doença. Assinalou-se que as pandemias eram um problema internacional, não nacional, e destacou-se a necessidade de respostas regionais coordenadas. A este respeito, foi feita referência à necessidade de fortalecer os mecanismos de alerta e resposta e de executar controles estritos nas fronteiras internacionais. O fortalecimento da capacidade de diagnóstico laboratorial foi também considerado crucial. A necessidade de acesso rápido a medicamentos, recursos de diagnóstico e vacinas foi salientada, assim como a necessidade de transferência de tecnologia e o desenvolvimento da capacidade de produção de tecnologia no âmbito nacional, e estimulou-se a OPAS a intensificar sua cooperação com os países nestas áreas. Foi também reiterado à Organização a apoiar o fortalecimento dos planos para outras pandemias mediante o desenvolvimento de planos de contingência para situações de emergência de múltiplos riscos, com base na experiência adquirida com a prontidão e resposta à pandemia (H1N1) de 2009.

243. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) agradeceu aos Estados Membros por suas contribuições e salientou a necessidade de continuar a vigilância da pandemia e de fortalecer os sistemas de vigilância. Ele também observou a necessidade de continuar a vacinação para o vírus da pandemia, principalmente em mulheres grávidas e outros grupos de alto risco.

244. A Diretora agradeceu aos delegados por suas manifestações de apreço à OPAS e OMS e enfatizou a necessidade de continuar a trabalhar para fortalecer a comunicação dos riscos, em particular para reduzir o temor público quanto à segurança da vacina para o vírus pandêmico. Ela também assinalou que, embora o vírus da influenza A (H1N1) havia provado ser relativamente de pouca gravidade, as autoridades sanitárias não deveriam deixar a guarda abaixar, pois um vírus pandêmico mais virulento poderia surgir a qualquer momento.

245. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

Plano de Ação para o Reforço de Estatísticas Vitais e de Saúde (documento CD50/INF/6-C)

246. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia sido informado em junho de que havia um bom progresso na execução do Plano de Ação para o Reforço das Estatísticas Vitais e de Saúde. Havia sido destacada a importância de assegurar a disponibilidade de dados estatísticos fidedignos e oportunos e havia sido assinado que a falta de tais dados dificultaria avaliar e monitorar o progresso para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, assim como progresso sob os diversos planos de ação sendo realizados na Região. O Comitê também havia sido informado que o plano de ação seria reforçado pela recém-criada Rede da América Latina e Caribe para Fortalecer os Sistemas de Informação Sanitária, que também ajudaria a promover a cooperação horizontal entre os países na Região. O Comitê havia confirmado a utilidade do plano de ação como uma ferramenta para ajudar os Estados Membros a melhorar a cobertura e a qualidade de suas estatísticas.

247. O Conselho Diretor recebeu cordialmente o progresso feito para fortalecer os sistemas de estatísticas vitais e de saúde nos países da Região. Destacou-se a importância da cooperação horizontal nesta área, assim como a utilidade de plataformas baseadas na internet para dividir informações estatísticas. Sugeriu-se que os futuros relatórios de progresso deveriam conter mais informações sobre a colaboração com outras organizações e instituições internacionais técnicas nesta área e sobre as fontes de fundos extra-orçamentários que seriam necessárias para executar o plano de trabalho para o biênio de 2010–2011.

248. O Delegado da Argentina observou que, embora o relatório de progresso identificasse corretamente seu país como tendo uma análise da situação do país e plano estratégico com um modelo diferente daquele da OPAS, a Argentina havia alocado recursos suficientes ao plano para melhorar a qualidade e a cobertura de seus dados estatísticos e que o plano fornecido para cooperação técnica com os países vizinhos com parte da cooperação sul-sul, principalmente na área de treinamento de recursos humanos e desenvolvimento dos materiais de treinamento, tinha como propósito melhorar a qualidade dos dados de saúde.

249. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) enfatizou a importância de não apenas desenvolver mas também implementar planos estratégicos para melhorar os sistemas de estatísticas vitais e de saúde, e comprometeu-se à cooperação contínua da Repartição para este fim.

250. A Diretora destacou a importância de dispor de sistemas de informação fidedignos para poder identificar o progresso obtido e os obstáculos existentes no esforço de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

251. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

Iniciativa Regional de Dados Centrais de Saúde e Perfis dos Países (documento CD50/INF/6-D)

252. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia examinado o relatório de progresso sobre a Iniciativa Regional de Dados Básicos de Saúde e havia observado a estreita conexão entre esta iniciativa e a iniciativa para fortalecer as estatísticas vitais e de saúde (ver parágrafos 246 a 251 anteriormente), e que havia sido enfatizado ser fundamental fortalecer o diálogo e a coordenação entre o setor da saúde e os institutos nacionais de estatística para assegurar que os sistemas nacionais de estatística estavam coletando dados, como peso ao nascimento, que eram importantes do ponto de vista epidemiológico. A importância de fortalecer a capacidade nacional de geração de estatísticas de saúde havia sido destacada. Tal capacitação havia sido considerada especialmente importante nos países em que havia séria subnotificação de dados ou estes não eram sistematicamente notificados. Havia sido reiterado à OPAS a prestar cooperação técnica para fortalecer as capacidades técnicas e conceituais do pessoal responsável pela produção e difusão das estatísticas de saúde. Além disso, havia sido sugerido a inclusão de um link direto ao Observatório Regional de Saúde Pública na página inicial do website da OPAS para facilitar o acesso aos dados básicos de saúde.

253. Na discussão do Conselho sobre o relatório de progresso, os delegados afirmaram apoio à iniciativa dos dados básicos, expressaram satisfação com as mudanças introduzidas no Sistema de Informação de Saúde de Indicadores Básicos, e salientaram a necessidade de prosseguir com o trabalho para garantir a disponibilidade de estatísticas de saúde que eram fidedignas, uniformes e oportunas. Foi enfatizada a necessidade de treinamento de recursos humanos em procedimentos de garantia de qualidade da informação e de avaliação externa e interna periódica e certificação do pessoal responsável pela codificação dos dados, e pediu-se o apoio da OPAS para tal treinamento. Sugeriu-se que, visto que alguns dos indicadores básicos eram derivados de informação obtida de outras organizações internacionais, deveriam ser especificadas as fontes de informação a serem usadas para estimar os indicadores a fim de assegurar a comparabilidade dos dados.

254. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) reiterou aos Estados Membros a continuarem a se empenhar para melhorar sua capacidade de coletar e validar as estatísticas de saúde e assegurou-lhes que a OPAS continuaria apoiando-os nos seus esforços. Ele também disse que a Repartição estava segura de que o novo sistema baseado na internet seria de mais utilidade e facilitaria a comparação de dados.

255. A Diretora observou que o sistema de indicadores básicos era uma fonte de fácil acesso a informações de saúde não apenas para os usuários do setor da saúde, mas também para legisladores, jornalistas e outros que precisavam de tal informação.

256. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Alimentação, Atividade Física e Saúde (documento CD50/INF/6-F)

257. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre o progresso na execução da Estratégia e Plano da Ação Regional para um Enfoque Integrado para Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta, Atividade Física, e Saúde e havia recebido cordialmente o progresso feito até o momento e afirmado que a OPAS tinha um papel importante a desempenhar como coordenadora para o intercâmbio de experiência e boas práticas. Alguns delegados haviam manifestado opinião de que talvez havia sido dada atenção desproporcional às doenças transmissíveis, em especial as doenças sexualmente transmissíveis, enquanto que a epidemiologia indicava que as doenças crônicas não transmissíveis agora representavam a principal morbidade nos países da Região. Havia sido sugerido que indicadores e metas deveriam ser elaborados como parte dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para avaliar o progresso no combate às doenças crônicas não transmissíveis.

258. O Conselho Diretor também elogiou o progresso feito e recebeu cordialmente a orientação estabelecida na Estratégia e Plano de Ação Regional, reconhecendo que as doenças crônicas representavam um enorme ônus em todos os países da Região. Muitos países haviam baseado as suas estratégias nacionais no Plano de Ação Regional e suas quatro linhas de ação. Em muitos casos, o primeiro passo havia sido realizar pesquisas e estudos epidemiológicos para determinar os parâmetros de referência. Alguns delegados salientaram a necessidade de incorporar em tais estudos uma perspectiva de gênero e, principalmente nos países com uma grande população indígena, sensibilidade cultural.

259. Informou-se que o CARICOM havia criado uma matriz mostrando o progresso de cada país do Caribe na prevenção e controle de doenças não transmissíveis, permitindo-lhes comparar o progresso de cada um e aprender com esta experiência para seguir em frente. Sugeriu-se que esta matriz poderia ser reproduzida e usada em outras partes da Região. Os delegados respaldaram a sugestão do Comitê Executivo de que os indicadores nas doenças não transmissíveis deveriam ser integrados ao sistema de monitoramento e avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

260. O Conselho reconheceu que, para enfrentar os desafios das doenças crônicas, seria preciso um enfoque abrangente da sociedade social que teria de incluir não apenas o setor da saúde mas também da agricultura, comércio, educação, fazenda, entre outros. Também seria necessário envolver os representantes da indústria de alimentos para ganhar o apoio deles para o fornecimento de produtos alimentícios mais saudáveis. Foi salientada a necessidade de fortalecer a capacidade dos serviços de atenção primária à saúde para tratar os pacientes com doenças crônicas, assim como a necessidade de um enfoque do ciclo de vida para prevenção de doenças crônicas, concentrando-se a atenção nas populações vulneráveis.

261. Os delegados descreveram os diversos órgãos governamentais e reguladores que seus países haviam criado para supervisionar a execução da Estratégia e Plano de Ação Regional, assim como o desenvolvimento de planos nacionais, criação de instituições especializadas para doenças específicas como câncer ou diabetes, estabelecimento de medidas reguladoras da qualidade alimentar, e a elaboração de campanhas educativas para promover a atividade física e estilos de vida saudáveis. Diversos delegados também expuseram as medidas práticas adotadas em âmbito nacional para fomentar a meta geral da estratégia, inclusive organização de eventos de atividade física e construção de instalações esportivas, reformulação de alimentos e bebidas, redução do conteúdo do sal dos alimentos, diretrizes para alimentos nutritivos e saudáveis em escolas e medidas para proteger as crianças da publicidade promovendo alimentos não saudáveis e dias de bem-estar e a introdução de “cartões de bem-estar” de descontos para alimentos saudáveis e atividades esportivas.

262. Os delegados sugeriram que a OPAS poderia desempenhar um papel importante ao apoiar os países através da capacitação e promoção do intercâmbio de boas práticas. Eles também esperavam com expectativa por um bom resultado da reunião de alto nível das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis em setembro de 2011.

263. Um representante da Alzheimer’s Disease International assinalou que a doença de Alzheimer e outras demências estavam tendo um crescente impacto de saúde em todo o mundo, a um custo econômico maior que quase todas as outras doenças, mas com frequência não eram reconhecidas devido a uma idéia equivocada de que faziam parte do envelhecimento normal. A sua associação estava mantendo conversações com a OMS para estabelecer um plano de ação conjunto, e se esperava o apoio dos Estados Membros na Região.

264. Um representante da Federação Internacional de Talassemia assinalou que as hemoglobinopatias, como talassemia, anemia falciforme e hemofilia, aparentemente não estavam incluídas no grupo de doenças crônicas em debate pela Organização. Tais doenças poderiam ser detectadas rapidamente com um exame simples e sua organização esperava poder persuadir os governos a introduzir tal exame, por exemplo com um exame pré-nupcial. Ele reiterou à OPAS a dar mais atenção às hemoglobinopatias.

265. O Dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) felicitou os países que haviam obtido avanços na estratégia e plano de ação, observando também que somente 16 países haviam formulado planos nacionais para o controle de doenças não transmissíveis. Esta taxa de execução tinha de ser ampliada. Era importante que os delegados instassem seus chefes de Estado e de governo a comparecer à reunião de alto nível das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis em setembro de 2011, ainda mais porque ela estava sendo organizada em resposta a uma iniciativa do CARICOM. Ele informou o Conselho de que a Repartição estava fazendo planos para consultas regionais antes da reunião de alto nível.

266. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita (documento CD50/INF/6-G)

267. O Dr. Celsius Waterberg (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente o progresso da Região para eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita, mas havia manifestado apreensão com a ameaça de casos importados da doença. Havia sido destacada a importância da vigilância contínua. A este respeito, havia sido assinalado que a ocorrência de casos subclínicos não detectados poderia resultar em subestimativa da incidência real da rubéola. A importância de atingir e manter 95% ou mais de cobertura vacinal em todos os níveis, não apenas no âmbito nacional, também havia sido enfatizada, assim como a necessidade de investigar todos os casos suspeitos e assegurar o diagnóstico oportuno. Alguns delegados haviam informado sobre campanhas antivacinação nos próprios países por parte de grupos que sustentavam que a vacina do sarampo-caxumba-rubéola estava associada ao autismo. Eles haviam salientado a necessidade das autoridades em saúde de adotar uma ação rápida para opor-se a tais esforços a fim de assegurar a manutenção de altos níveis de cobertura vacinal.

268. A Dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) observou que a Região das Américas estava mais uma vez na vanguarda no que se referia à erradicação e eliminação de doenças evitáveis por vacinação. Os países da Região haviam sido os primeiros a erradicar a poliomielite e eliminar o sarampo e haviam se passado 19 meses desde a confirmação do último caso endêmico de rubéola em fevereiro de 2009. A Região, portanto, havia alcançado a meta de eliminação da síndrome da rubéola congênita até 2010.

269. Alcançar este marco inédito de saúde pública não teria sido possível sem o comprometimento dos Estados Membros, as contribuições dos parceiros da OPAS e o firme compromisso dos profissionais da saúde da Região. Todos os países da Região haviam implementado as estratégias recomendadas pelo Grupo Consultivo Técnico da OPAS, inclusive administrar a vacina da rubéola como parte dos programas de vacinação de rotina e realizar campanhas de vacinação para acompanhar e acelerar as doses de vacina. Como resultado, em dezembro de 2009, cerca de 450 milhões de pessoas haviam sido vacinadas para sarampo e rubéola e mais de 112.500 casos de síndrome da rubéola congênita havia sido prevenidos. A Região estava atualmente documentando as lições aprendidas com a iniciativa de eliminação a fim de partilhar as conclusões com outras regiões.

270. Assinalando que a América não conseguiria manter os êxitos na eliminação de doenças sozinho, ela incentivou os Estados Membros a continuarem a defender iniciativas de eliminação em outras regiões e a promover o debate do tema durante a Sexagésima Quarta Assembléia Mundial da Saúde em 2011.

271. O Conselho elogiou o sucesso da Região ao eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita, que era atribuído a um forte espírito de pan-americanismo e cooperação entre os países das Américas, unidas sob a liderança e coordenação da OPAS. A função estratégica do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas também foi destacado. O Conselho recebeu com satisfação o plano da Repartição de documentar as lições aprendidas com a iniciativa de

eliminação. Assinalou-se que o investimento feito no esforço de eliminação havia ajudado a reforçar a vigilância epidemiológica, a atenção primária à saúde, os programas nacionais de vacinação e as redes de laboratórios de saúde pública, que por sua vez ajudariam a assegurar a sustentabilidade de eliminação. Destacou-se a importância de manter níveis altos de cobertura vacinal, assim como a necessidade de vacinar tanto homens como mulheres. O Conselho destacou a importância de permanecer atento para prevenir a reintrodução da doença através de casos importados e ressaltou a necessidade dos países fora das Américas de acelerar os seus esforços para eliminação da rubéola. Os delegados recomendaram debater o assunto durante a Sexagésima Quarta Assembléia Mundial da Saúde e estabelecer um prazo para a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita em todo o mundo. Eles também apelaram às autoridades sanitárias para criar uma maior conscientização da questão nos níveis políticos mais elevados em seus próprios países e em outros fóruns internacionais.

272. A Dra. Tambini agradeceu aos delegados por suas observações e apoio e assegurou que eles teriam o respaldo da OPAS na próxima Assembléia Mundial da Saúde ao apelar às outras regiões para redobrar seus esforços para eliminar o sarampo e a rubéola.

273. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

274. Foram entregues placas de homenagem aos seguintes Estados Membros e instituições parceiras em reconhecimento ao seu trabalho para a eliminação da rubéola e síndrome da rubéola congênita: Ministério da Saúde de Costa Rica, Ministério da Saúde e Política Social da Espanha, Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos e Serum Institute of India.

Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS (documento CD50/INF/7)

Sexagésima Terceira Assembléia Mundial da Saúde (documento CD50/INF/7-A) e Quadragésima Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (documento CD50/INF/7-B)

275. A Dra. Marthelise Eersel (Representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Terceira Assembléia Mundial da Saúde e 127^a Sessão do Conselho Executivo da OMS considerados de interesse particular aos Órgãos Diretivos da OPAS. No debate subsequente, havia sido assinalado que o relatório não fazia nenhuma menção sobre a decisão da Assembléia da Saúde com respeito ao assunto dos medicamentos falsificados – Decisão WHA63(10) – e havia sido sugerido que esta informação deveria ser incluída no relatório a ser preparado para o presente Conselho Diretor.

276. O Delegado da Argentina havia assinalado que, durante a Assembléia da Saúde, muitos representantes de países das Américas haviam salientado a necessidade de discutir os procedimentos para avaliar a segurança e a eficácia dos medicamentos existentes. Ele havia

proposto que um tema sobre a necessidade de fortalecer a capacidade das autoridades reguladoras de garantir a qualidade, a segurança e a eficácia dos medicamentos fosse incluído no programa do 50º Conselho Diretor. Vários delegados haviam apoiado a proposta, embora outros haviam manifestado opinião de que seria preferível apresentar o tema no Comitê Executivo em 2011, para que houvesse tempo para a preparação de um documento bem pesquisado. A Diretora havia sugerido que o Secretariado poderia preparar um documento de base para o novo tema proposto, para o qual o relatório da Quinta Conferência da Rede Pan-Americana de Harmonização da Regulamentação Farmacêutica poderia ser usado como base, e o Conselho decidiria se o tema ser incluído ou não na agenda final.

277. O tema foi aprovado para inclusão na agenda do Conselho (ver parágrafos 146 a 156 anteriormente).

278. O Conselho tomou nota dos relatórios sobre as resoluções com respeito a diversos assuntos relacionados com a saúde que haviam sido aprovados pela Sexagésima Terceira Assembléia Mundial da Saúde e Quadragésima Sessão Ordinária da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros (documento CD50/INF/8, Rev. 1)

Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (documento CD50/INF/8, Rev. 1-A)

279. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado que a execução das IPSAS estava no rumo certo para ser finalizada, embora a transição houvesse sido um desafio considerável, em parte porque havia tido um grande aumento dos recursos da Organização, principalmente para as atividades de compras. Este aumento havia significado que o pessoal envolvido havia tido de lidar com um volume de trabalho maior e simultaneamente também cumprir com todos os novos requisitos contábeis. No entanto, os resultados haviam sido satisfatórios, como havia sido confirmado no relatório do auditor externo. O Comitê também havia sido informado que, em março de 2010, cerca de US\$ 200 mil do orçamento original de US\$ 300 mil para a execução das IPSAS havia sido usado, e que poderiam ser necessários recursos adicionais no montante aproximado de US\$ 20 mil para concluir o processo de execução.

280. O Conselho Diretor expressou agradecimento pela atualização sobre a execução das IPSAS, reconhecendo que havia sido um processo prolongado, mas observando que era uma manifestação prática do compromisso da Organização de empregar boas práticas administrativas e financeiras. Um delegado perguntou quando e de que forma seria disponibilizado aos Estados Membros o manual de contabilidade das IPSAS.

281. A Sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) concordou que a execução das IPSAS havia sido um enorme esforço, mas a Repartição

continuava a fazer progresso. O manual de contabilidade havia sido redigido e as observações feitas pelo auditor externo estava agora sendo incorporadas. Assim que estivesse finalizado, ele seria disponibilizado aos Estados Membros no website da Organização. Ela acrescentou que a RSPA era um dos apenas sete organismos das Nações Unidas que haviam se comprometido a executar as IPSAS até 1º de janeiro de 2010. Os últimos meses do ano eram uma época crítica, pois a Organização tinha de fechar suas contas anuais e assegurar que tudo estava sendo feito de acordo com a versão preliminar do manual de contabilidade. Ela agradeceu aos Estados Membros pelo apoio, em particular para a aprovação de um orçamento de US\$ 300 mil para a execução das IPSAS.

282. O Conselho tomou nota do relatório.

Plano Mestre de Investimento de Capital (documento CD50/INF-8, Rev. 1-B)

283. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado um relatório sobre a posição dos projetos financiados sob o Fundo Mestre de Investimentos de Capital. O Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração também havia examinado o assunto anteriormente neste ano e havia analisado uma solicitação da Diretora para a transferência ao Fundo Mestre de Investimentos de Capital de uma soma adicional de US\$ 2 milhões do excedente esperado do Orçamento Ordinário para Programas para 2008–2009. O Subcomitê havia recomendado que o Comitê Executivo aprovasse esta solicitação. O Subcomitê também havia sugerido que era preciso uma análise mais minuciosa do trabalho nos projetos financiados com o Fundo Mestre de Investimentos de Capital, visto que em alguns casos não estava claro quanto havia sido gasto em relação ao que havia sido orçado. O relatório apresentado ao Comitê Executivo sobre este tema havia incluído a informação solicitada pelo Subcomitê, inclusive uma atualização dos danos causados às instalações da OPAS pelos terremotos no Haiti e Chile.

284. Como informado anteriormente durante a discussão do Relatório Financeiro do Diretor para 2008–2009 (ver parágrafos 174 a 179 anteriormente), o Comitê Executivo havia aprovado a Resolução CE146.R2, autorizando a transferência de US\$ 2 milhões do excedente do orçamento ordinário para programas de 2008–2009 para repor o Fundo Mestre de Investimentos de Capital.

285. O Conselho Diretor agradeceu pela atualização sobre a execução dos projetos sob o Fundo Mestre de Investimentos de Capital. Em particular, agradeceu o compromisso da Organização com a monitoração constante e priorização de tais projetos. Sugeriu-se que mais detalhes poderiam ser dados sobre os diversos projetos, incluindo localização geográfica e as quantias que já haviam sido e que seriam gastas para permitir melhor tomada de decisão pelos Órgãos Diretivos.

286. O Sr. Edward Harkness (Gerente, Operações de Serviços Gerais) agradeceu aos Estados Membros pelo firme apoio e encarregou-se de fornecer futuramente as informações adicionais solicitadas.

287. O Conselho tomou nota do relatório.

Situação do Comitê de Auditoria da OPAS (documento CD50/INF-8, Rev. I-C)

288. A Sra. Miriam Naarendorp (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia nomeado os membros do Comitê de Auditoria em junho, em conformidade com recomendação feita pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, que na sua sessão de março havia formado um grupo de trabalho para examinar as qualificações dos candidatos identificados pela Diretora. O grupo de trabalho havia feito uma lista classificatória de quatro candidatos. Havia recomendado que os três primeiros candidatos da lista fossem nomeados, mas havia incluído um quarto candidato para dar o Comitê Executivo uma opção de escolha, a saber, em ordem de preferência: Sr. Alain Gillette, Sr. Peter Maertens, Sra. Carmen LaPointe e Sra. Amalia Lo Faso.

289. O Comitê Executivo havia aceitado a recomendação do Subcomitê e selecionado os três primeiros candidatos propostos. Esta decisão constava da Resolução CE146.R5 do Comitê. Posteriormente, havia sido determinado, por sorteio, que o Sr. Alain Gillette faria parte do Comitê de Auditoria por quatro anos, a Sra. Carman LaPointe por três anos e o Sr. Peter Maertens por dois anos.

290. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) informou o Conselho que, desde a reunião do Comitê Executivo em junho, todos os candidatos selecionados haviam aceitado participar do Comitê de Auditoria, mas posteriormente a Sra. Carman LaPointe havia sido nomeado Secretária Geral Adjunta das Nações Unidas em Nova York e havia sido obrigada a retirar sua candidatura. A quarta finalista, a Sra. Amalia Lo Faso, havia manifestado disposição em ocupar este cargo e sua candidatura seria considerada pelo 147º Comitê Executivo. Se a nomeação dela fosse aprovada, o Comitê de Auditoria realizaria uma reunião preliminar no início de novembro e começaria seu importante trabalho em 2011.

291. Um delegado expressou satisfação que o Comitê de Auditoria em breve estaria começando a trabalhar.

292. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Outros assuntos

293. A Diretora informou o Conselho que um comunicado havia sido distribuído pelo governo dos Estados Unidos no dia 1º de outubro de 2010, admitindo com profundo pesar que de 1946 a 1948 o seu Serviço de Saúde Pública havia participado de um experimento no qual pessoas na Guatemala haviam sido deliberadamente infectadas por sífilis como parte de um estudo sobre a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Lamentavelmente, a OPAS havia estado envolvida neste experimento deplorável, que havia sido financiado com uma contribuição dos Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos e realizado pelo Dr. John Cutler, que posteriormente havia se tornado Diretor Adjunto da Organização. A OPAS desejava manifestar

às pessoas da Guatemala seu profundo ressentimento e afirmar que, junto com a OMS, agora dispunha de rigorosas normas éticas para pesquisa envolvendo participantes humanos, que assegurariam que tal abuso não voltaria acontecer nunca mais.

294. O Delegado de Cuba lamentou que, por razões políticas, a sua delegação não havia recebido mais uma vez em tempo hábil os vistos do governo dos Estados Unidos, apesar de cumpridos todos os requisitos e que, portanto, não havia podido comparecer aos dois primeiros dias da 50ª sessão do Conselho. Ele desejava registrar o desacordo de seu governo com um procedimento que impedia os representantes de um Estado Membro de uma organização das Nações Unidas de comparecer às reuniões desta.

295. Muitos delegados se manifestaram para expressar solidariedade com o povo do Equador pelos conflitos civis que haviam ocorrido durante a semana do Conselho Diretor. Eles também expressaram apoio às vítimas de recentes enchentes no Haiti, Jamaica e México.

Homenagem ao Dr. Gerald Hanson

296. Como parte das comemorações do 50º aniversário do Programa de Radiologia e Proteção Radiológica da OPAS, o Conselho fez uma homenagem ao trabalho do Dr. Gerald Hanson, ex-chefe deste programa e posteriormente chefe de Medicina Radiológica da OMS. Os sucessores do Dr. Hanson na OPAS, os drs. Cari Borrás e Pablo Jiménez, também foram homenageados. O texto da fala do Dr. Hanson se encontra na página web do 50º Conselho Diretor.

Encerramento da Sessão

297. Após a troca habitual de cortesias, o vice-presidente declarou encerrado o 50º Conselho Diretor.

Resoluções e Decisões

298. As seguintes resoluções e decisões foram aprovadas pelo 50º Conselho Diretor:

Resoluções

CD50.R1 *Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento CD50/22, *Taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros*;

Observando o aumento significativo das compras de provisões de saúde pública através dos três mecanismos de compras da Repartição Sanitária Pan-Americana em nome dos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde, e a insuficiência progressiva dos recursos financeiros para os serviços administrativos que apóiam as atividades de compras,

RESOLVE:

1. Aumentar a atual taxa de três por cento (3%) cobrada para as compras de todas as provisões de saúde pública para Estados Membros da OPAS pela Repartição Sanitária Pan-Americana em 0,5% (meio por cento), totalizando 3,5% (três e meio por cento), para vigorar a partir de 1º de janeiro de 2011.
2. Creditar o montante gerado pelo 0,5% adicional dessa taxa ao Fundo especial para gastos de apoio a programas para cobrir os custos administrativos das atividades de compras em toda a Organização para os três mecanismos de compras a seguir:
 - Processo de compras reembolsáveis em nome dos Estados Membros,
 - Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas,
 - Fundo Rotativo Regional para Provisões Estratégicas de Saúde Pública.

(Segunda reunião, 27 de setembro de 2010)

CD50.R2 *Estratégia sobre o Uso de Substâncias e a Saúde Pública*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o Documento CD50/18, *Estratégia sobre o Uso de Substâncias ea Saúde Pública*;

Reconhecendo o ônus da morbidade, mortalidade e incapacidade associadas aos transtornos de uso de substâncias no mundo e na Região das Américas, assim como a lacuna existente em tratamento e atenção para as pessoas afetadas por tais transtornos;

Compreendendo que faz-se necessária uma estratégia equilibrada que inclua abordagens de controle da oferta e de redução da demanda que satisfaçam uma necessidade premente de prevenção, detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias, mediante a promoção da saúde e bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades;

Considerando o contexto e a estrutura para a ação oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas, o Plano Estratégico da OPAS para 2008–2012, a estratégia continental de drogas da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados

Americanos (OEA/CICAD) e o Programa de Ação para Vencer as Lacunas em Saúde Mental: Expandindo a atenção para transtornos mentais, neurológicos e do uso de substâncias (mhGAP) da Organização Mundial da Saúde (OMS), que refletem a importância da problemática do uso de substâncias e determinam objetivos estratégicos para abordá-lo;

Observando que a Estratégia para o Uso de Substâncias e a Saúde Pública proposta define as principais áreas de trabalho a ser abordadas e identifica áreas para cooperação técnica a fim de equacionar as necessidades variáveis dos Estados Membros com respeito ao uso de substâncias,

RESOLVE:

1. Dar seu aval à Estratégia sobre o Uso de Substâncias e a Saúde Pública e apoiar sua implementação no contexto das condições específicas de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso de substâncias.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) identificar o uso de substâncias como uma prioridade de saúde pública e implementar planos para atacar os problemas de uso de substâncias em conformidade com seu impacto de saúde pública, principalmente com respeito à redução das lacunas de tratamento existentes;
 - b) reconhecer que os problemas relacionados ao uso de substâncias são resultado da interação entre determinantes sanitários e sociais, e que o equacionamento dos problemas decorrentes do uso de substâncias requer maior proteção social, desenvolvimento sustentável e acesso a serviços de saúde de qualidade;
 - c) promover o acesso universal e equitativo a assistência para o tratamento de transtornos advindos do uso de substâncias e a intervenção precoce para toda a população pelo fortalecimento de serviços dentro da estrutura de sistemas de atenção primária à saúde e redes de prestação de serviço integradas e esforços progressivos para eliminar o modelo residencial centrado no hospital do passado;
 - d) continuar a fortalecer seus quadros normativos com o objetivo de proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos do uso de substâncias e fazer cumprir efetivamente as leis sem ter um impacto negativo sobre a saúde pública;
 - e) promover iniciativas intersetoriais para prevenir a iniciação ao uso de substâncias, com atenção especial a crianças e adolescentes, e reduzir a estigmatização e discriminação contra os portadores de transtornos de uso de substâncias;

- f) promover a participação eficaz da comunidade, ex-usuários de substâncias e membros da família nas atividades de políticas, prevenção e tratamento através do apoio às organizações de ajuda mútua;
- g) reconhecer o desenvolvimento de recursos humanos na área da prevenção, atenção e tratamento do uso de substâncias como um componente-chave no melhoramento dos planos e serviços nacionais de saúde, e desenvolver e executar programas sistemáticos de formação profissional e alterações do currículo;
- h) fechar a lacuna existente de informações sobre o uso de substâncias através de melhorias na produção, análise e uso de informações, assim como através da pesquisa, com um enfoque intercultural e de igualdade de gêneros;
- i) fortalecer as parcerias entre o setor público e outros setores, inclusive organizações não governamentais (ONGs), instituições acadêmicas e atores sociais essenciais, enfatizando sua participação no desenvolvimento de políticas e planos relacionados ao uso de substâncias;
- j) alocar recursos financeiros suficientes para alcançar um equilíbrio apropriado entre atividades de controle da oferta e de redução da demanda.

3. Solicitar ao Diretor:

- a) a preparação de um plano de ação decenal em estreita colaboração com os Estados Membros, ONGs, instituições de pesquisa, Centros Colaboradores da OPAS/OMS, OEA/CICAD e outras organizações internacionais, a ser apresentado no Conselho Diretor em 2011;
- b) o apoio aos Estados Membros na preparação e implementação dos planos nacionais sobre o uso de substâncias dentro da estrutura de suas políticas sociais e de saúde pública, levando em consideração a Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública, esforçando-se no sentido de corrigir iniquidades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais;
- c) a colaboração na avaliação dos problemas e serviços relativos ao uso de substâncias nos países com o objetivo de assegurar a tomada de medidas eficazes apropriadas para diminuir tais problemas;
- d) a facilitação da difusão de informações e o compartilhamento de experiências positivas e inovadoras, e promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- e) a promoção de parcerias com organizações governamentais e não governamentais, e também com organizações internacionais e outros atores regionais para apoiar a resposta multissetorial necessária para implementar esta Estratégia;

- f) a coordenação da implementação da Estratégia com a OEA/CICAD e com as comissões nacionais de drogas, conforme seja o caso.

(Terceira reunião, 28 de setembro de 2010)

CD50.R3 *Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Bolívia, México e Suriname*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo em mente as disposições dos Artigos 9.B e 15.A da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando que Estados Unidos da América, Granada, e Peru foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos da Bolívia, México e Suriname,

RESOLVE:

1. Declarar Estados Unidos da América, Granada, e Peru eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer à Bolívia, e México e Suriname pelos serviços prestados durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

(Quinta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R4 *Salário do Diretor e emendas do Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-americana*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo visto o documento CD50/23;

Considerando o reajuste da escala salarial básica das categorias profissional e superior do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2010;

Levando em conta a decisão, adotada pelo Comitê Executivo em sua 146ª sessão, de ajustar os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (resolução CE146.R13),

RESOLVE:

1. Fixar o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2010, em US\$ 201.351 antes de deduzir as contribuições do pessoal, resultando num salário líquido modificado de US\$ 143.878 (com dependentes) ou US\$ 129.483 (sem dependentes).
2. Aprovar a modificação do parágrafo 4.3 do Regulamento de Pessoal, mediante a qual se esclarece que os princípios de diversidade e inclusão devem ser considerados na contratação de pessoal.

(Quinta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R5 Fortalecimento dos Programas de Imunização

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento conceitual *Fortalecimento dos programas de imunização* (documento CD50/14) e considerando os importantes avanços obtidos pelos países na área de vacinação;

Reconhecendo que os Estados Membros e a Organização Pan-Americana da Saúde vêm realizando esforços efetivos para uniformizar as políticas e as estratégias de vacinação, promovendo a capacitação das equipes nacionais para o gerenciamento e execução efetiva dos programas nacionais, incluindo a integração do Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas como o mecanismo de cooperação que favorece o acesso a produtos biológicos e outros insumos por todos os Estados Membros;

Reconhecendo que alguns Estados Membros definiram a vacinação como um bem público que tem contribuído de maneira significativa para a redução da mortalidade infantil e permitiu a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, bem como o controle epidemiológico de outras doenças evitáveis por vacinação na Região;

Reiterando que o Fundo Rotatório tem sido determinante no acesso oportuno e equitativo a vacinas para os Estados Membros e, como parte da cooperação técnica, tem permitido a padronização dos esquemas de vacinação nos países das Américas, a conquista de altas coberturas de vacinação e a resposta oportuna diante de surtos e outras emergências de saúde, bem como uma introdução acelerada para o uso das denominadas novas vacinas, tais como as vacinas contra o rotavírus, pneumococo, papilomavírus humano (HPV) e, recentemente, vírus da gripe A(H1N1);

Reconhecendo que a proteção dos programas nacionais e regionais de vacinação é condição indispensável para manter as conquistas alcançadas por todos os Estados Membros e que a redução nos níveis de vacinação em qualquer um dos países afeta diretamente os demais países,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - a) ratifiquem os programas nacionais de vacinação como um bem público;
 - b) respaldem a visão e a Estratégia Regional de Imunização e cumpram os seguintes objetivos:
 - preservar as conquistas: uma Região livre de poliomielite, sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, com o controle da difteria, coqueluche e Hib;
 - completar a agenda inconclusa: erradicar o tétano neonatal; fazer o controle epidemiológico da hepatite B, da gripe sazonal e da febre amarela; conseguir que todos os municípios tenham coberturas vacinais maiores de 95% (usado DPT3 como marcador) e completar a transição de um enfoque de vacinação dirigido à criança para um enfoque de vacinação integral da família;
 - enfrentar os novos desafios: introduzir novas vacinas que contribuam para o alcance dos ODMs; fortalecer a capacidade nacional para a tomada de decisão; promover a sustentabilidade financeira do PAI e fortalecer os serviços de vacinação e imunização no âmbito dos sistemas e serviços baseados na atenção primária à saúde;
 - respaldar o Fundo Rotatório para a Compra de Vacinas da OPAS como o mecanismo de cooperação estratégico que permite o acesso oportuno e equitativo dos Estados Membros aos insumos de seus Programas de Imunização.
2. Solicitar à Diretora:
 - a) que continue prestando apoio técnico aos Estados Membros para fortalecer a capacidade operacional dos programas nacionais de vacinação no âmbito da atenção primária à saúde, utilizando estratégias que permitam garantir ações nos municípios com baixa cobertura, bem como em populações em situação de vulnerabilidade e de difícil acesso;
 - b) que proporcione acompanhamento técnico aos Estados Membros para a tomada de decisão baseada em dados comprovados por meio da Rede ProVac de Centros de Excelência;

- c) que fortaleça e mantenha o Fundo Rotatório eficiente e ativo, baseado nos princípios e nas regras que têm proporcionado resultados bem-sucedidos em seus 30 anos de operação;
- d) que continue prestando apoio a uma promoção da causa e mobilização social firmes em vista dos sentimentos contra a vacinação cada vez maiores que continuam questionando as iniciativas de vacinação.

(Sexta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R6 ***Fortalecimento da Capacidade dos Estados Membros para Implementar as Disposições e Diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Levando em conta o *Relatório de progresso sobre a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco: Oportunidades e desafios para sua implementação na Região das Américas* (documento CD50/26);

Reconhecendo que existem evidências científicas substanciais de que o consumo de tabaco e a exposição à fumaça de tabaco alheio são causas de mortalidade, morbidade e incapacidade, com grande peso na incidência das doenças crônicas não transmissíveis, e geram um imenso custo sanitário, econômico e social; e que a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como princípio fundamental que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano” e que esse direito é reconhecido também em várias convenções internacionais e regionais ratificadas pela maioria dos Estados Membros da Região;

Considerando que as conclusões do Comitê de Peritos em Documentos da Indústria Tabagista, citadas na resolução WHA54.18 da Assembléia Mundial da Saúde, destacam que “a indústria tabagista funcionou durante anos com a intenção manifesta de minar o papel dos governos e da OMS na aplicação das políticas de saúde pública encaminhadas a combater a epidemia de tabagismo”;

Profundamente preocupados com as campanhas de informação incorreta, bem como com as ações judiciais iniciadas pela indústria tabagista contra as medidas de controle do tabaco adotadas pelos Estados Membros;

Levando em conta que a Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, em seu Artigo 5.3, estabelece que “na hora de estabelecer e aplicar suas políticas de saúde pública relativas ao controle do tabaco, as Partes atuarão de maneira a proteger essas políticas contra os

interesses comerciais e outros interesses criados da indústria tabagista, em conformidade com a legislação nacional”,

RESOLVE:

1. Expressar seu apoio à República Oriental do Uruguai por todas as medidas nacionais adotadas, em conformidade com as disposições da Convenção-Quadro e suas diretrizes, sobretudo as relacionadas ao empacotamento dos produtos de tabaco, cuja finalidade é informar à população os riscos do tabaco e evitar que, direta ou indiretamente, se sugira que alguns produtos são menos nocivos à saúde.
2. Instar aos Estados Membros:
 - a) que se oponham às tentativas por parte da indústria tabagista, ou de seus grupos aliados, de interferir, demorar, obstaculizar ou impedir a implementação das medidas de saúde pública orientadas a proteger a população das consequências do uso de tabaco e da exposição à fumaça de tabaco alheio;
 - b) que reconheçam a necessidade de monitorar, documentar e, de acordo com a legislação nacional vigente, fazer públicas as atividades da indústria tabagista, a fim de pôr suas estratégias em evidência e reduzir sua eficácia;
 - c) que promovam práticas de saúde pública que protejam os meninos, as meninas e aos adolescentes dos perigos do consumo de tabaco e das suas consequências negativas para a saúde e, em última instância, reduzam o ônus causado pelas doenças e as mortes causadas pelo consumo de tabaco;
 - d) que considerem a ratificação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco, caso ainda não o tenham feito, e que implementem suas disposições e diretrizes.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que continue fortalecendo a capacidade dos Estados Membros para implementar as disposições e diretrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco;
 - b) que fortaleça, promova e facilite o intercâmbio de informações entre os Estados Membros sobre legislação, diretrizes, melhores práticas e experiências com a indústria tabagista, entre outros.

(Sexta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R7 ***Estratégia para o Desenvolvimento das Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia para o desenvolvimento das competências dos profissionais da saúde nos sistemas de saúde baseados na atenção primária* (documento CD50/11), com base no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008–2012,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) reiterar seu compromisso para o alcance das metas regionais de recursos humanos para a saúde 2007–2015 e o desenvolvimento de planos nacionais de recursos humanos em coordenação com os setores e atores sociais relevantes;
 - b) estabelecer mecanismos e modalidades de coordenação e de cooperação com as instâncias nacionais encarregadas da educação, as instituições acadêmicas e outros atores interessados para promover uma maior convergência dos perfis e das competências dos futuros profissionais com as orientações e demandas do setor da saúde;
 - c) formular uma política de ensino que inclua, como um recurso complementar, a aprendizagem por meios virtuais dirigida a todos os níveis e entidades do sistema de saúde, bem como a definição de quadros de referência de competência para as equipes de saúde familiar e comunitária;
 - d) promover o desenvolvimento de competências dos profissionais da saúde com ênfase na interculturalidade e da equidade de gênero;
 - e) adotar uma estratégia de redes de aprendizagem (*eLearning*) com o enfoque de educação contínua, com o uso das tecnologias da informação e comunicação orientadas à transformação das práticas de saúde vigentes e do comportamento institucional;
 - f) promover, entre os países e territórios da Região, a produção e o intercâmbio de recursos abertos de aprendizagem e de experiências.
2. Solicitar à Diretora:
 - a) que intensifique a cooperação técnica da Organização com os Estados Membros na formulação de políticas e planos de aprendizagem e de *eLearning* dirigidos aos profissionais de serviço de saúde;

- b) que apóie o desenho e o fortalecimento da infraestrutura necessária ao apoio do *eLearning*;
- c) que dê apoio aos países da Região bem como às iniciativas sub-regionais no desenvolvimento de estratégias e mecanismos de coordenação e cooperação entre a autoridade sanitária nacional e as instituições de educação no contexto de compromisso e de responsabilidade social compartilhados para a renovação da atenção primária à saúde;
- d) que incentive a criação de redes de aprendizagem articuladas no plano regional e a produção de recursos de aprendizagem para fortalecer as capacidades de liderança e de condução do setor da saúde em assuntos prioritários para a Região;
- e) que contribua para fortalecer, através do Campus Virtual em Saúde Pública, as capacidades dos países no desenvolvimento das competências de seus profissionais da saúde e no uso das tecnologias da informação e de comunicação.

(Sexta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R8 ***A saúde e os Direitos Humanos***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *A saúde e os direitos humanos* (documento CD50/12);

Levando em conta que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece um princípio internacional fundamental segundo o qual “o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social”;

Reconhecendo que na Agenda de Saúde para as Américas (2008–2017) os(as) ministros(as) e secretários(as) de Saúde: a) declararam seu compromisso renovado com o princípio acima mencionado estabelecido na Constituição da OMS; b) reconheceram que os direitos humanos são parte dos princípios e valores inerentes à Agenda de Saúde e c) declararam que, com o propósito de concretizar o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar, os países devem procurar atingir a universalidade, acessibilidade, integralidade, qualidade e inclusão nos sistemas de saúde para indivíduos, famílias e comunidades;

Ciente de que o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012 Modificado assinala que “O direito internacional de direitos humanos, consagrado em convenções e normas internacionais e regionais em termos de direitos humanos, oferece um marco conceitual e jurídico unificador

destas estratégias, bem como medidas para avaliar o progresso e esclarecer a prestação de contas e as responsabilidades dos distintos interessados diretos”;

Reconhecendo que os instrumentos de direitos humanos do sistema interamericano e das Nações Unidas são úteis para o progresso dos Estados Membros com relação ao cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), em especial aqueles relacionados com a erradicação da pobreza extrema e a fome (ODM 1), a redução da mortalidade infantil (ODM 4), a melhoria da saúde materna (ODM 5) e o combate do HIV/AIDS, da malária e outras enfermidades (ODM 6);

Observando-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana e o Conselho Diretor recomendaram aos Estados Membros que formulem e adotem políticas, planos e legislações em termos de saúde em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos, que sejam aplicáveis no contexto da saúde mental (documento CD49/11), do envelhecimento ativo e saudável (documento CD49/8), da saúde do adolescente e do jovem (documento CD49/12), da igualdade de gênero (documento CD49/13), da redução da mortalidade e morbidade maternas (documento CSP26/14), do acesso à atenção para as pessoas vivendo com HIV (documento CD46/20), da saúde dos povos indígenas (documento CD47/13) e da prevenção e reabilitação da deficiência (documento CD47/15), entre outros;

Reconhecendo que em alguns Estados Membros da OPAS, os assuntos relacionados com a saúde podem estar sob diferentes níveis de jurisdição,

RESOLVE:

1. Reiterar aos Estados Membros, levando em consideração o contexto nacional, possibilidades financeiras e orçamentárias, bem como a legislação vigente, para que:
 - a) fortaleçam a capacidade técnica da autoridade sanitária para trabalhar com as respectivas entidades governamentais de direitos humanos, tais como defensorias e secretarias de direitos humanos, para avaliar e monitorar a implementação dos instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados com a saúde que sejam aplicáveis;
 - b) fortaleçam a capacidade técnica da autoridade sanitária a fim de apoiar a formulação de políticas e planos de saúde em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados com a saúde que sejam aplicáveis;
 - c) apóiem a cooperação técnica da OPAS na formulação, revisão e, se necessário, reformulação dos planos nacionais e legislação sobre saúde, incorporando os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis, especialmente as disposições referentes à proteção dos grupos em situação de vulnerabilidade;

- d) promovam e fortaleçam os programas de treinamento dos profissionais da saúde sobre os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis;
 - e) formulem e, se possível, adotem medidas de caráter legislativo, administrativo, educacional e de outra natureza para difundir os instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis sobre a proteção do direito ao gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar e outros direitos humanos relacionados entre o pessoal pertinente do poder legislativo e judiciário e outras autoridades governamentais;
 - f) promovam a difusão de informações entre as organizações da sociedade civil e outros atores sociais, quando pertinente, com relação aos instrumentos internacionais de direitos humanos que sejam aplicáveis relacionados com a saúde, a fim de abordar a estigmatização, a discriminação e a exclusão dos grupos em situação de vulnerabilidade.
2. Solicitar à Diretora, dentro das possibilidades financeiras da Organização:
- a) que facilite a colaboração técnica da OPAS com os comitês, órgãos e relatorias de direitos humanos do sistema interamericano e das Nações Unidas;
 - b) que capacite o pessoal da Organização para que, progressivamente, as áreas técnicas, em especial as mais relacionadas com a proteção da saúde dos grupos em situação de vulnerabilidade, incorporem em seus programas os instrumentos internacionais de direitos humanos relacionados com a saúde;
 - c) que promova e estimule a colaboração e pesquisa com as entidades docentes, o setor privado, as organizações da sociedade civil e outros atores sociais, quando pertinente, a fim de promover e proteger os direitos humanos em conformidade com os instrumentos de direitos humanos relacionados com a saúde;
 - d) que promova o intercâmbio de boas práticas e experiências bem-sucedidas entre os Estados Membros da OPAS a fim de evitar a estigmatização, a discriminação e a exclusão dos grupos em situação de vulnerabilidade.

(Sexta reunião, 29 de setembro de 2010)

CD50.R9 *Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento *Fortalecimento das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos e produtos biológicos* (documento CD50/20);

Considerando as resoluções WHA45.17 (1992) e WHA47.17 (1994) da 45^a e 47^a Assembléia Mundial da Saúde, respectivamente; o documento EB113.10 (2004) do 113^o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS); o documento CD42/15 (2000) do 42.^o Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sobre as funções essenciais de saúde pública e o fortalecimento da função gestora da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado, assim como o Procedimento para a designação de autoridades reguladoras de referência regional de medicamentos e produtos biológicos da Organização Pan-Americana da Saúde;

Considerando que o fortalecimento da capacidade das autoridades reguladoras nacionais e que a designação de autoridades reguladoras de referência regional pode dar lugar ao reconhecimento das capacidades instaladas na Região das Américas e ao estabelecimento de mecanismos de cooperação que permitam fortalecer outras autoridades reguladoras nacionais em sua função gestora;

Reconhecendo a iniciativa dos Estados Membros e da OPAS/OMS na elaboração de um instrumento consensual e na criação de um procedimento para a qualificação das autoridades reguladoras de referência regional;

Reconhecendo a possibilidade de contar com a participação das autoridades reguladoras de referência regional nos processos de avaliação de produtos como parte dos mecanismos de compra da Organização Pan-Americana da Saúde,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - a) fortaleçam e avaliem sua capacidade reguladora com relação às funções próprias de um organismo de regulamentação e fiscalização de medicamentos e produtos biológicos, mediante um exame do cumprimento de suas funções essenciais;
 - b) façam uso dos resultados da qualificação e da designação da autoridade reguladora de referência regional para fortalecer seu desempenho quanto à função gestora da autoridade sanitária;
 - c) apoiem as autoridades reguladoras nacionais para que possam se beneficiar dos processos e da informação das autoridades reguladoras nacionais de referência;
 - d) promovam a difusão de informações sobre os resultados e processos de regulamentação e fiscalização de medicamentos, produtos biológicos e outras tecnologias sanitárias;
 - e) promovam o intercâmbio e a cooperação técnica entre países;

- f) participem ativamente da Rede Pan-Americana para a Harmonização da Regulamentação Farmacêutica (Rede PARF).
2. Solicitar à Diretora:
- a) que apóie as iniciativas para o fortalecimento e qualificação das autoridades reguladoras nacionais, a fim de garantir a qualidade, a inocuidade e a eficácia dos medicamentos, biológicos e outras tecnologias sanitárias;
- b) que divulgue amplamente, nos países da Região das Américas, as ferramentas e os procedimentos disponíveis para a qualificação das competências das autoridades reguladoras nacionais de medicamentos e produtos biológicos, bem como preste apoio à elaboração do sistema de qualificação das autoridades reguladoras nacionais e sua designação como autoridade reguladora de referência regional;
- c) que mantenha e fortaleça a colaboração da Organização Pan-Americana da Saúde com os Estados Membros em matéria de regulamentação em medicamentos e produtos biológicos;
- d) que promova a cooperação técnica entre as autoridades reguladoras dos países, bem como o reconhecimento das capacidades instaladas na Região;
- e) que assegure que os processos de compra de medicamentos e produtos biológicos da Organização Pan-Americana da Saúde se apoiem na capacidade instalada das autoridades reguladoras nacionais de referência para garantir a qualidade, a inocuidade e a eficácia desses produtos.

(Sétima reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R10 *Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA* (documento CD50/7);

Observando que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) será significativamente beneficiada pela modernização do seu Sistema de Informação para Gestão;

Reconhecendo que existe e que continuará a existir a necessidade de responder aos requisitos dos, e a interconectar com, Sistemas de Gestão Global de OMS (GSM);

Levando em consideração o trabalho do Comitê da RSPA sobre o Sistema de Informação para Gestão (PMIS), que preparou os Princípios Orientadores que indicam o contexto e as metas da modernização; analisou e documentou rigorosamente pela primeira vez os processos empresariais da Organização o que já produziu várias melhorias; e identificou, analisou e documentou diversas opções para modernização, inclusive as vantagens, desvantagens e custos estimados;

Reconhecendo os benefícios que a RSPA já tem derivado de sua análise de processos empresariais e as eficiências já implantadas;

Tendo em mente que há requisitos críticos que influenciam decisivamente a avaliação das opções, e que estes têm que considerar a situação jurídica independente da OPAS e assegurar que os níveis de serviço a Estados Membros da OPAS sejam mantidos e melhorados;

Reconhecendo que uma execução de referência de um produto de software de planejamento de recursos empresariais (ERP) obterá o grau desejado de modernização, abordará questões de governança na OPAS envolvidas em modernização de sistemas, terá custo relativamente baixo e oferecerá a melhor oportunidade para combinar os processos empresariais da RSPA com as boas práticas disponíveis no software, melhorando assim os níveis de serviço aos Estados Membros da OPAS, assegurando, portanto, que os requisitos do GSM sejam plenamente realizados,

RESOLVE:

1. Respalda a modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA.
2. Aprova os Princípios Orientadores para a modernização.
3. Aprova a modernização por meio de um software comercial de ERP ao qual a RSPA incorporaria um mínimo de modificações e adaptações a suas necessidades, como a solução de referência de ERP apresentada pela Repartição como Opção 3 no Documento CD50/7.
4. Aprova o uso de até US\$10 milhões da Conta Mestre para custear essa modernização.
5. Solicita que a Diretora comece a preparação de projetos detalhados, investigue fontes adicionais de financiamento e apresente relatório de progresso ao Conselho Diretor em 2011.
6. Solicita que a Diretora assegure a execução do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA e que qualquer melhora futura consiga integração necessária e forneça um nível semelhante de informação, transparência e responsabilidade com o GSM.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R11 ***Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Estratégia e Plano de ação para a redução da desnutrição crônica* (documento CD50/13);

Levando em conta os mandatos internacionais emanados da Assembléia Mundial da Saúde, em particular as resoluções WHA55.23 (2002) e WHA56.23 (2003), assim como os compromissos dos Estados Membros da Região das Américas para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM);

Reconhecendo as consequências da desnutrição infantil para o desenvolvimento físico e cognitivo, a resposta imunológica e o risco de adoecer ou de morrer prematuramente, assim como para o rendimento escolar e a capacidade funcional, a formação de capital humano, a produtividade e o bem-estar individual e coletivo;

Reconhecendo o direito das crianças a se desenvolverem física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade;

Reconhecendo que as condições de vida e a desnutrição em idade tenra da vida condicionam o desenvolvimento de sobrepeso, obesidade e doenças crônicas (diabetes, hipertensão, arteriosclerose, entre outras) com graves consequências para o bem-estar da população, a carga social por invalidez resultante e os anos de vida produtiva perdidos;

Ressaltando que na Região das Américas o indicador de altura para a idade reflete melhor tanto a falta prolongada de acesso a uma alimentação adequada como o efeito de outros fatores sociais ligados à pobreza e que, com a tendência atual que este indicador apresenta, vários países talvez não consigam alcançar em 2015 a Meta 2 do ODM 1 e dificilmente alcançarão o ODM 4 e o ODM 5;

Reiterando que a nutrição é um fator condicionante do desenvolvimento humano e, ao mesmo tempo, é afetado por um conjunto de determinantes sociais e econômicos;

Reconhecendo que a desnutrição crônica ainda existe, principalmente entre os pobres rurais na Região, o crescimento alarmante e simultâneo da obesidade na infância não deve ser negligenciado e intervenções devem portanto ser integradas para acometer desnutrição da infância;

Reconhecendo o alto grau de complementaridade entre esta estratégia e outras como a Estratégia e Plano de Ação Regionais sobre a Nutrição na Saúde e no Desenvolvimento 2006-2015 e a resolução sobre o Apoio aos Esforços para a Erradicação da Desnutrição Infantil nas Américas, da Assembléia Geral da OEA (AG/RES. 2346 [XXXVII-O/07]);

Acolhendo com satisfação o quadro conceitual e operacional aprovado por consenso interinstitucional na Aliança Pan-Americana pela Nutrição e o Desenvolvimento (APND), para a abordagem da desnutrição (desnutrição aguda e crônica, sobrepeso, obesidade e deficiências específicas de micronutrientes),

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica e sua consideração em políticas, planos e programas de desenvolvimento, assim como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita criar as condições propícias para prevenir a desnutrição crônica.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) dêem prioridade às ações intersetoriais para prevenir a desnutrição crônica;
 - b) promovam o diálogo e a coordenação entre ministérios e outras instituições do setor público, assim como entre os setores público e privado e a sociedade civil, para obter consensos nacionais com relação ao enfoque dos determinantes sociais e o enfoque do curso da vida na prevenção da desnutrição crônica;
 - c) proponham e implementem políticas, planos, programas e intervenções interministeriais em todos os níveis de governo dos Estados Membros, destinados a prevenir a desnutrição crônica;
 - d) estabeleçam um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas de políticas, planos, programas e intervenções que permita conhecer não só seu impacto sobre a redução da desnutrição crônica, mas também a situação de seus determinantes sociais, e orientar a tomada de decisões de maneira oportuna;
 - e) implantem processos de revisão e análise internos sobre a pertinência e viabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) proporcione apoio aos Estados Membros, em colaboração com outras agências internacionais, para iniciar um processo de análise interna da aplicabilidade da presente Estratégia e Plano de Ação e a implementação de atividades tendentes à sua execução;
 - b) promova a implementação e coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo seu caráter transversal através das áreas programáticas e dos diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização;

- c) promova e consolide a colaboração com os países e entre eles, assim como o intercâmbio de experiências e de lições aprendidas;
- d) promova a incorporação de avaliações externas independentes na medição da redução da desnutrição crônica;
- e) apoie o desenvolvimento e o fortalecimento das capacidades dos recursos humanos e a prestação de serviços com qualidade;
- f) promova a formação de alianças internacionais, nacionais, municipais e locais com outras agências, instituições técnico-científicas, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, setor privado e outros, seguindo o conjunto de intervenções integradas estabelecidas pela APND;
- g) informe periodicamente os Órgãos Diretores sobre os progressos e limitações na execução da presente Estratégia e Plano de Ação, assim como sua adequação a contextos e necessidades específicas.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R12 ***Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estratégia e Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita* (documento CD50/15), sobre a base do Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012;

Considerando que a revisão da situação atual indica que as duas condições básicas para a eliminação de ambas as doenças estão ao alcance dos países das Américas: disponibilidade de meios eficazes para interromper a transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita (viabilidade biológica) e disponibilidade de medidas práticas de tratamento e ferramentas de diagnóstico fáceis, acessíveis e sustentáveis (viabilidade programática e financeira);

Ressaltando que, embora muitos países tenham ampliado com êxito a resposta ao HIV mediante generalização das pautas de prevenção da transmissão materno-infantil, não houve melhora simultânea no acesso ao diagnóstico e tratamento da sífilis congênita, e que persistem problemas de cunho organizacional e de gestão nos sistemas de saúde da Região, como fragmentação e desigualdade na prestação de serviços, carência e capacidade de recursos humanos e falta de insumos;

Reconhecendo que se busca superar a concepção arcaica de que a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV e a prevenção da sífilis congênita devem ser abordadas separadamente, com um enfoque mais dirigido à doença do que à pessoa, e que ambas as condições ocorrem, ou podem ocorrer, em uma mesma mulher e os serviços providos terão impacto na família como um todo;

Tendo presente os compromissos das resoluções: *Plano de ação para a eliminação da sífilis congênita na Região das Américas* (resolução CE116.R3 [1995]); *Ampliação do tratamento numa resposta integral ao HIV/AIDS* (resolução CD45.R10 [2004]); *Plano estratégico regional da Organização Pan-americana da Saúde para o controle da infecção por HIV/AIDS e das infecções sexualmente transmissíveis (2006-2015)* (resolução CD46.R15 [2005]); e *Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza* (resolução CD49.R19 [2009]);

Reconhecendo que a Organização Pan-Americana da Saúde colaborou com os países da Região para estabelecer bases conceituais, técnicas e de infraestrutura para a elaboração de programas e políticas nacionais de saúde reprodutiva e sexual, com enfoque na eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita;

Considerando a importância de um plano de ação para pôr em andamento a Estratégia para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita, que guiará a preparação de planos nacionais futuros, conforme seja o caso, e dos planos estratégicos de todas as organizações interessadas na cooperação para a saúde com esta meta nos países das Américas,

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de ação para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita até 2015, para responder de maneira eficaz e eficiente às necessidades atuais e emergentes, considerando especificamente as desigualdades prevalentes no estado da saúde, para fortalecer a resposta do sistema sanitário a fim de elaborar e executar políticas, leis, planos, programas e serviços para este problema de saúde pública.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) priorizem a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita e a redução dos fatores de risco mediante integração de intervenções de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/Infecções Sexualmente transmissíveis (HIV/IST) nos serviços de assistência pré-natal, saúde sexual e reprodutiva, e outros serviços relacionados;
 - b) elaborem e executem os planos nacionais e promovam a formulação de políticas públicas guiadas pela Estratégia e Plano de ação, com enfoque nas necessidades das populações que se encontram em maior risco e em situação de vulnerabilidade;

- c) coordenem-se com outros países da Região para o intercâmbio de experiências e ferramentas, esforços conjuntos de conscientização, seguimento e avaliação dos avanços da iniciativa de eliminação;
- d) executem a Estratégia e o Plano de ação, conforme seja o caso, dentro de um enfoque integrado do sistema de saúde, embasado na atenção primária à saúde, enfocando a ação intersetorial, monitorando e avaliando a eficácia do programa e a alocação de recursos;
- e) promovam a coleta e uso de dados sobre a transmissão materno-infantil do HIV e a sífilis congênita, estratificados por idade, sexo e grupo étnico, e o uso da análise de gênero, de novas tecnologias (por exemplo, sistemas de informações geográficas) e de modelos de projeção para fortalecer o planejamento, execução e vigilância de planos, políticas, programas, leis e intervenções nacionais relacionados à saúde reprodutiva e sexual;
- f) aumentem a cobertura dos serviços de saúde de qualidade e o acesso aos mesmos— inclusive no tocante à promoção, diagnóstico, prevenção, tratamento eficaz e atenção vigentes—para estimular maior demanda e utilização destes pelas mulheres em idade reprodutiva, gestantes e seus parceiros;
- g) fomentem o aumento da capacidade dos responsáveis pelas políticas, dos diretores de programas e dos provedores de atenção à saúde, para elaborar políticas e programas que busquem promover o desenvolvimento da comunidade e prestem serviços de saúde eficazes e de qualidade que atendam as necessidades de saúde reprodutiva e sexual e aos determinantes da saúde relacionados;
- h) melhorem a coordenação dentro do setor da saúde e com parceiros de outros setores, a fim de buscar a implementação de medidas e iniciativas sobre a saúde e o desenvolvimento da saúde reprodutiva e sexual, simultaneamente buscando reduzir ao mínimo a duplicidade de funções e potenciar ao máximo o impacto dos recursos limitados;
- i) promovam uma participação comunitária ativa e vigorosa no setor da saúde.

3. Pedir à Diretora:

- a) que promova a coordenação e a implementação da Estratégia e o Plano de ação mediante integração das ações pelas áreas programáticas da OPAS, nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interagencial;
- b) que colabore com os Estados Membros na implementação da Estratégia e o Plano de ação, segundo seu próprio contexto e prioridades nacionais, e que promova a difusão e o uso dos produtos disto derivados nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interagencial;

- c) que incentive o desenvolvimento de iniciativas colaborativas de pesquisa que possam fornecer os dados comprobatórios necessários para estabelecer e divulgar programas e intervenções efetivos e adequados para a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis congênita e para a melhoria da saúde reprodutiva e sexual;
- d) que estabeleça novas alianças e fortaleça as já existentes dentro da comunidade internacional, a fim de mobilizar os recursos humanos, financeiros e tecnológicos necessários para o andamento da Estratégia e o Plano de ação;
- e) que fomente a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais e regionais, entidades do governo, organizações privadas, universidades, meios de comunicação, sociedade civil e comunidades em atividades que promovam a saúde sexual e reprodutiva;
- f) que promova a coordenação entre a Estratégia e o Plano de ação e as iniciativas semelhantes de outros organismos internacionais de cooperação técnica e financiamento;
- g) que preste contas periodicamente aos Órgãos Diretivos sobre os avanços e limitações avaliados durante a execução da Estratégia e o Plano de ação, e que considere a adaptação do Plano para responder aos contextos variáveis e aos novos desafios na Região.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R13 *Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento CD50/8, *Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica*;

Considerando o artigo 71 da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), e o artigo 26 da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), bem como os quadros de governança e mandatos emitidos pelo Comitê Executivo, pelo Conselho Diretor e pela Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS (resolução CD19.R37 [1969]; resolução CE61.R12 [1969]; resolução CE64.R19 [1970]; resolução CSP18.R33 [1970]; resolução CD25.R31 [1977]; documento CD25/29 [1977]; resolução CSP20.R31 [1978]; documento CSP20/3 [1978]; documento CE99/9 [1987]; resolução CE126.R15 [2000]; documento CE126/7 e Add. I [2000]; documento CE136/12 [2005], e documento CE139/7 [2006]);

Reconhecendo que um dos objetivos fundamentais da OPAS/OMS é o fortalecimento das capacidades nacionais para o alcance sustentável das metas de saúde pública em nível nacional e

mundial, e que essas capacidades demandam enfoques amplos que possam incidir sobre os fatores determinantes da saúde, assegurar a colaboração intersetorial e promover iniciativas público-privadas com a sociedade civil;

Considerando que, ao longo dos anos, a cooperação técnica da OPAS/OMS com seus Estados Membros foi sustentada de forma significativa pela participação das instituições nacionais e que é necessário um processo de formalização das relações institucionais de trabalho que permita à OPAS atuar como catalisadora na mobilização e fortalecimento dessas capacidades;

Destacando que a presente proposta complementa o trabalho da OPAS/OMS com os centros colaboradores da OMS e com as organizações não governamentais em relações oficiais com a OPAS/OMS,

RESOLVE:

1. Aprovar uma nova categoria de relações com instituições que passarão a ser chamadas de Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica e os procedimentos para a identificação, designação e seguimento dessas instituições.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) fomentem a mobilização, utilização e fortalecimento das capacidades das Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica do país em apoio aos processos de desenvolvimento da saúde em nível nacional e subnacional, em aliança estratégica com a OPAS/OMS;
 - b) colaborem com a OPAS/OMS na implementação de um processo formal de seleção de instituições nacionais que participem na cooperação técnica em saúde, bem como no estabelecimento de mecanismos para a supervisão e monitoramento da qualidade e da eficácia da cooperação prestada;
 - c) realizem uma análise das capacidades institucionais existentes com potencial para receberem a designação Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que consolide as relações de trabalho entre a OPAS/OMS e as instituições nacionais dos Estados Membros por meio da seleção e designação de Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica, o que favorecerá uma articulação mais eficiente e eficaz dos esforços nacionais voltados para a consecução das metas e resultados previstos nas agendas e nos planos de saúde nacionais e subnacionais;

- b) que proporcione apoio técnico aos Estados Membros para a identificação de instituições nacionais que possam ser designadas Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica, bem como de mecanismos para sua supervisão e monitoramento;
- c) que fomente e desenvolva a implantação progressiva de redes de Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica;
- d) que advogue pela captação de recursos adicionais em nível nacional e internacional para apoiar o plano de trabalho acordados entre a OPAS/OMS e as Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para a Cooperação Técnica.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R14 Centros Pan-americanos

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Análise dos Centros Pan-Americanos* (documento CD50/9);

Considerando o mandato da Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP20.R31 [1978]) no sentido de que seja feita uma avaliação periódica de cada um dos Centros Pan-Americanos;

Tomando nota que a evolução constante do clima político, tecnológico e econômico nos Estados Membros da OPAS torna necessário atualizar e reexaminar as modalidades de cooperação técnica prestada pela Organização, a fim de otimizar sua eficácia;

Reconhecendo os esforços da Repartição para harmonizar os Centros Pan-Americanos com as políticas regionais aprovadas pelos Órgãos Diretivos da OPAS,

RESOLVE:

1. Tomar nota da transferência bem-sucedida da administração do Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (INCAP) ao Conselho Diretor do Instituto e agradecer à Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana por ter conduzido esse processo de transferência de maneira participativa, eficaz e transparente, tendo obtido os consensos necessários para permitir a viabilidade do Instituto nesta nova etapa de sua autonomia administrativa.

2. Tomar nota da assinatura do Acordo entre o Governo de Peru e OPAS para a transformação do Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS) em a Equipe Técnica Regional sobre Água e Saneamento (ETRAS) sediado em Peru.
3. Instar os Estados Membros a que:
 - a) continuem colaborando com a Repartição na avaliação periódica dos Centros Pan-Americanos, com o fim de determinar se estes continuam oferecendo a modalidade mais apropriada e eficaz de cooperação técnica;
 - b) continuem trabalhando estreitamente com a Repartição no desenvolvimento institucional dos Centros Pan-Americanos, em sua redefinição de outras modalidades de funcionamento que permitam otimizar seus gastos operacionais e, quando seja oportuno, na transferência da responsabilidade pela sua administração ou operação aos Estados Membros ou a organizações sub-regionais por eles formadas.
4. Solicitar à Diretora:
 - a) que continue trabalhando em consulta com o Governo do Brasil na elaboração de um projeto de desenvolvimento institucional do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) para ser apresentado aos Órgãos Diretivos da OPAS em 2011;
 - b) que apoie o estabelecimento de um fundo fiduciário que concentrará recursos financeiros mobilizados para a erradicação da febre aftosa na Região das Américas;
 - c) que dê prosseguimento às negociações com o Governo do Brasil a fim de concluir o estabelecimento do novo marco institucional para o Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME), incluindo a conclusão de um novo convênio básico para o BIREME no Brasil e um novo acordo referente a instalações e funcionamento do BIREME no recinto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP);
 - d) que continue a avaliação do acordo sobre o Programa Regional de Bioética com o Governo do Chile e a Universidade do Chile, bem como das diferentes modalidades disponíveis para dar continuidade ao trabalho da Organização em bioética na Região;
 - e) que continue trabalhando com a Secretaria da Comunidade do Caribe (CARICOM) para implementar a Iniciativa de Cooperação para a Saúde no Caribe em sua terceira etapa (CCH 3) e para a transferência das funções e dos recursos pertinentes do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC) e do Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI) ao âmbito da Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA), em conformidade com os termos e condições que sejam oportunamente ajustados com os Estados Membros.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R15 ***Plano de Ação para Hospitais Seguros***

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de ação para hospitais seguros* (documento CD50/10), baseado no Plano Estratégico da OPAS para o período 2008-2012;

Levando em consideração que os Órgãos Diretivos da OPAS apoiaram firmemente a adoção de uma iniciativa regional para hospitais seguros;

Observando que a Resolução CD45.R8, do 45.º Conselho Diretor (2004), resolve “Reiterar aos Estados Membros que adotem o lema de ‘hospitais seguros em face de desastres’ como uma política nacional de redução de riscos; que estabeleçam a meta de que todos os hospitais novos sejam construídos com um nível de proteção que garanta melhor sua capacidade de continuar funcionando em situações de desastre; e que implantem medidas adequadas de alívio para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes, especialmente os que prestam atenção primária”;

Ressaltando que a Conferência Mundial sobre Redução dos Desastres (2005) das Nações Unidas aprovou o “Quadro de Ação de Hyogo para 2005–2015”, no qual os 169 países participantes adotaram como meta segundo que, até 2015, todos os países devem “Integrar o planejamento da redução do risco de desastre no setor da saúde; promover o objetivo de ‘hospitais a salvo de desastres’...”;

Lembrando que a 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (2007) aprovou a resolução CSP27.R14, *Hospitais seguros: Iniciativa regional para estabelecimentos de saúde capazes de resistir aos efeitos dos desastres*;

Tomando nota de que o relatório final da mesa redonda *Hospitais seguros: uma meta ao nosso alcance*, apresentado no 49º Conselho Diretor, recomenda aos países elaborar planos de trabalho para alcançar a meta de hospitais seguros;

Reconhecendo que, para alcançar a meta de hospitais seguros em situação de desastres até 2015, é necessário implementar um plano de ação regional com ampla participação dos Estados Membros da Organização e o apoio da Secretaria,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano de ação para hospitais seguros.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) priorizem a adoção de uma política nacional de hospitais seguros;

- b) melhorem a coordenação dentro e fora do setor da saúde a fim de unir esforços em nível nacional e subnacional para fazer melhor uso dos recursos disponíveis;
 - c) implementem progressivamente as atividades contidas no Plano de ação para alcançar a meta de que todos os hospitais novos sejam construídos com um nível de proteção que garanta seu funcionamento em casos de desastres;
 - d) implementem medidas adequadas de alívio para reforçar os estabelecimentos de saúde existentes;
 - e) coordenem com os outros países da Região o intercâmbio de experiências e instrumentos, assessoria conjunta, monitoramento e avaliação dos avanços na implementação do Plano de ação.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) promova a coordenação e a execução do Plano de ação por meio da integração das ações por áreas programáticas da OPAS nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interinstitucional;
 - b) continue fortalecendo a capacidade da Organização de propiciar cooperação técnica para os Estados Membros na implementação do Plano de ação de acordo com as necessidades e as prioridades nacionais específicas;
 - c) apoie o desenvolvimento de instrumentos e guias técnicos comuns como a lista de verificação e o Índice de Segurança Hospitalar para facilitar o acompanhamento do avanço na implementação do Plano de ação;
 - d) fomente o fortalecimento de alianças com organismos especializados e centros de excelência no campo de redução de risco de desastres, a fim de captar recursos humanos e financeiros e tecnologia necessários para melhorar a segurança dos serviços de saúde em situação de desastres;
 - e) apresente relatórios periódicos aos Órgãos Diretivos sobre o avanço na implementação do Plano de ação.

(Oitava reunião, 30 de setembro de 2010)

CD50.R16 Saúde, Segurança Humana e Bem-estar

O 50.º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Saúde, segurança humana e bem-estar* (documento CD50/17);

Reconhecendo o compromisso dos Estados Membros de examinar e definir o conceito de segurança humana no âmbito da Assembléia Geral das Nações Unidas, bem como os esforços que foram empreendidos nesse sentido e ainda persistem;

Reconhecendo a multiplicidade e complexidade dos componentes da segurança humana e da contribuição crucial da saúde pública à sua plena consecução;

Reconhecendo que diversos fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais influem na saúde, na segurança humana e na qualidade de vida das populações, considerando-se especialmente os grupos em situações vulneráveis;

Considerando que as condições da segurança humana aumentam mediante a promoção do desenvolvimento socioeconômico, a participação dos cidadãos, a inclusão social, a igualdade, a educação e a luta contra a pobreza, as doenças e a fome;

Compreendendo que a desigualdade em saúde ameaça a segurança humana e limita o desenvolvimento, especialmente entre os grupos em situação de vulnerabilidade;

Considerando a importância da relação entre a segurança humana e a saúde para o avanço rumo ao enfoque dos determinantes de saúde e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM);

Reconhecendo a importância do Regulamento Sanitário Internacional para a saúde e a segurança humana;

Tendo presente a Declaração do Milênio das Nações Unidas, o Documento final da Cúpula Mundial de 2005, e o Relatório final da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, entre outros instrumentos,

RESOLVE:

1. Exortar os Estados Membros a continuarem promovendo a análise sobre o conceito da segurança humana e sua relação com a saúde, objetivando a sua incorporação na agenda de saúde dos países, em conformidade com a legislação nacional, dando especial atenção à coordenação e participação multissetorial e interagencial para refletir os aspectos multidimensionais deste tipo de enfoque.

2. Solicitar à Diretora que:
- a) continue desenvolvendo o debate sobre o conceito de segurança humana e sua relação com a saúde nos fóruns multilaterais relevantes;
 - b) explore a possibilidade de desenvolver, em consulta com os Estados Membros, delineamentos de política e ferramentas metodológicas para a incorporação do enfoque da segurança humana e de sua relação com a saúde nos programas e atividades da Organização;
 - c) promova o debate, no âmbito da Organização e com a participação ativa dos Estados Membros, sobre a segurança humana no contexto da saúde, levando em consideração os elementos do parágrafo 143, sobre segurança humana, do documento final da Cúpula Mundial de 2005 e do parágrafo 25 do documento final da Reunião Plenária de Alto Nível da 65ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, realizada em setembro de 2010;
 - d) promova a conscientização dos profissionais da OPAS e dos Estados Membros, quando pertinente, sobre questões e enfoques na abordagem ao tema da segurança humana e sua relação com a saúde.

(Nona reunião, 1 de outubro de 2010)

CD50.R17 *Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas*

O 50º CONSELHO DIRETOR,

Havendo examinado o documento CD50/16, *Estratégia e Plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas*, e levando em consideração:

- que existem mandatos e resoluções anteriores da Organização Pan-Americana da Saúde, como a resolução CD49.R19 do 49º Conselho Diretor (2009), *Eliminação das doenças desatendidas e outras infecções relacionadas com a pobreza*, e a resolução WHA63.20 da Assembleia Mundial da Saúde (2010), *Doença de Chagas: controle e eliminação*;
- a necessidade de cumprir a “agenda inconclusa”, já que a proporção da população afetada continua sendo alta entre os mais pobres e os povos mais marginalizados das Américas, e de abordar os determinantes da saúde para reduzir a carga sanitária, social e econômica que representa a doença de Chagas;

- a vasta experiência da Região das Américas na implementação de estratégias para a eliminação de doenças transmissíveis e os progressos obtidos na redução da carga que significa a doença de Chagas, para cuja prevenção e controle existem intervenções de saúde pública adequadas e eficazes em função do custo;
- os êxitos obtidos pelos Estados Membros por meio das iniciativas sub-regionais de prevenção e controle da doença de Chagas, mas consciente da necessidade de ampliar as ações existentes,

RESOLVE:

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) revisem os planos nacionais ou estabeleçam novos planos para a prevenção, o controle e a otimização do acesso à atenção médica da doença de Chagas com um enfoque integral que abranja os determinantes sociais da saúde, levando em conta a colaboração interprogramática e a ação intersetorial;
 - b) fortaleçam e privilegiem o âmbito das iniciativas sub-regionais de prevenção e controle da doença de Chagas, incorporando às mesmas o componente de atenção médica aos afetados, para seguir avançando mediante a cooperação técnica entre países na consecução dos objetivos propostos;
 - c) forneçam os recursos necessários e implementem a Estratégia e o Plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas;
 - d) multipliquem esforços para alcançar a meta já estabelecida de eliminação da transmissão vetorial de *T. cruzi* até 2015, assim como para atuar sobre as vias de transmissão transfusional, transplacentária, por doação de órgãos e outras;
 - e) ponham em prática as estratégias de prevenção, diagnóstico, atenção médica, tratamento e controle vetorial de uma maneira integrada, com ampla participação comunitária, de maneira que contribuam para o fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, incluindo a atenção primária à saúde e os sistemas de vigilância, alerta e reposta, levando em conta as particularidades de gênero e dos grupos étnicos;
 - f) apoiem as pesquisas tendentes a fornecer evidência científica apropriada nas áreas de controle, vigilância, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas para alcançar as metas estabelecidas no presente Estratégia e Plano de ação, com ênfase no desenvolvimento de testes de diagnóstico acessíveis e oportunos, incluindo o teste de cura e medicamentos

mais seguros, e que explorem e, se for apropriado, promovam uma série de esquemas de incentivo à pesquisa e desenvolvimento, incluindo, nos casos apropriados, a desvinculação entre o custo da pesquisa e desenvolvimento e o preço dos produtos, por exemplo, mediante a outorga de prêmios.

3. Solicitar à Diretora:

- a) que apoie a execução da Estratégia e Plano de ação para prevenção, controle e atenção à doença de Chagas e forneça a cooperação técnica necessária aos países para a preparação e execução dos planos nacionais de ação;
- b) que continue advogando por uma mobilização ativa dos recursos e promova a colaboração estreita para forjar alianças que respaldem a aplicação desta resolução, caso do fundo fiduciário destinado a apoiar a eliminação das doenças desatendidas e outras doenças infecciosas relacionadas com a pobreza, citado na resolução CD49.R19 (2009);
- c) que promova a identificação, desenvolvimento e uso de intervenções baseadas em evidências que sejam sólidas do ponto de vista técnico e científico;
- d) que promova a pesquisa e desenvolvimento científico relacionados a novas ou melhores ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos para a prevenção e controle da doença de Chagas e suas consequências;
- e) que reforce os mecanismos regionais para melhorar o acesso e a distribuição do tratamento etiológico da doença de Chagas e estimule novos avanços nesta matéria, para superar barreiras e dificuldades em matéria de acessibilidade ao tratamento;
- f) que promova e fortaleça a cooperação técnica entre os países e a geração de parcerias estratégicas para levar a cabo atividades dirigidas à eliminação da doença de Chagas como problema de saúde pública;
- g) que ofereça seu apoio ao fortalecimento da atenção primária à saúde, assim como ao acompanhamento e à avaliação dos planos nacionais de ação.

(Nona reunião, 1 de outubro de 2010)

Decisões

Decisão CD50(D1) Nomeação da Comissão de Credenciais

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou o Chile, Jamaica e Nicarágua membros da Comissão de Credenciais.

(Primeira reunião, 27 de setembro de 2010)

Decisão CD50(D2) Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu o México como Presidente, Peru e Santa Lúcia como Vice-presidentes e o Canadá como Relator do 50º Conselho Diretor.

(Primeira reunião, 27 de setembro de 2010)

Decisão CD50(D3) Formação da Comissão Geral

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Cuba, Panamá e Uruguai como membros da Comissão Geral.

(Primeira reunião, 27 de setembro de 2010)

Decisão CD50(D4) Adoção da Agenda

Em conformidade com o Artigo 10 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho aprovou a agenda apresentada pela Diretora, como emendada (documento CD50/1, Rev. 3).

(Primeira reunião, 27 de setembro de 2010)

Decisão CD50(D5) Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS ao Término do Mandato da Costa Rica

O Conselho Diretor escolheu o Peru como o Estado Membro da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS por um período de quatro anos, começando no dia 1º de janeiro de 2011.

(Quinta reunião, 29 de setembro de 2010)

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do 50º Conselho Diretor, delegado do México, e a secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o Relatório Final em língua espanhola.

REALIZADO em Washington, D.C., Estados Unidos, no dia 1 de outubro de 2010. A Secretária depositará o documento original assinado nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

José Ángel Córdova Villalobos
Presidente do 50º Conselho Diretor
Delegado do México

Mirta Roses Periago
Secretária *ex officio* do 50º Conselho Diretor
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana

AGENDA

- 1. Abertura da Sessão**

- 2. Assuntos procedimentais**
 - 2.1 Nomeação da Comissão de Credenciais
 - 2.2 Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator
 - 2.3 Formação da Comissão Geral
 - 2.4 Adoção da Agenda

- 3. Assuntos relativos à Constituição**
 - 3.1 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
 - 3.2 Relatório Anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - 3.3 Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Bolívia, México e Suriname

- 4. Assuntos relativos à política de programas**
 - 4.1 Avaliação de Fim do Biênio 2008-2009 do Orçamento e Programas/Relatório de Progresso Provisório do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012
 - 4.2 Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas
 - 4.3 Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA
 - 4.4 Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica
 - 4.5 Análise dos Centros Pan-Americanos
 - 4.6 Plano de Ação para Hospitais Seguros

4. Assuntos relativos à política de programas (cont.)

- 4.7 Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária
- 4.8 A Saúde e os Direitos Humanos
- 4.9 Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica
- 4.10 Fortalecimento dos Programas de Imunização
- 4.11 Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita
- 4.12 Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas
- 4.13 Saúde, Segurança Humana e Bem-estar
- 4.14 Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública
- 4.15 Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável
- 4.16 Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos
- 4.17 Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas

5. Assuntos administrativos e financeiros

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação de Cotas
- 5.2 Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2008-2009
- 5.3 Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
- 5.4 Salário do Diretor e Emendas do Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

6. Seleção de Estados Membros para Juntas ou Comitês

- 6.1 Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS, ao Término do Mandato da Costa Rica

7. Prêmios

- 7.1 Prêmio OPAS em Administração 2010

8. Assuntos para informação

- 8.1 Orçamento por Programa da OMS:

- A. Orçamento por Programa 2008-2009: Avaliação da Execução
- B. Projeto de Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013

- 8.2 Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS

- 8.3 Processo para Designação do Auditor Externo da OPAS para os Períodos de 2012-2013 e 2014-2015

- 8.4 Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS

- 8.5 30º Aniversário de Erradicação da Varíola e da Criação do Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas

- 8.6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:

- A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005)
- B. Atualização sobre a Pandemia (H1N1) de 2009
- C. Plano de Ação para o Reforço de Estatísticas Vitais e de Saúde
- D. Iniciativa Regional de Dados Centrais de Saúde e Perfis dos Países

8. Assuntos para informação (cont.)

E. [Movido a Assuntos relativos à política de programas como CD50/26]

F. Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Alimentação, Atividade Física e Saúde

G. Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita

8.7 Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS:

A. 63ª Assembléia Mundial da Saúde

B. Quadragésimo Período Ordinário de Sessões da Assembléia geral da Organização dos Estados Americanos

8.8 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros:

A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)

B. Plano Mestre de Investimento de Capital

C. Situação do Comitê de Auditoria da OPAS

9. Outros assuntos

10. Encerramento da sessão

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Documento Oficial. 337 Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2008-2009

Documentos de trabalho

CD50/1, Rev.3 Adoção da Agenda

CD50/2 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo

CD50/3, Rev. 1 Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana

CD50/4 Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Bolívia, México e Suriname

CD50/5 Avaliação de Fim do Biênio 2008-2009 do Orçamento e Programas/Relatório de Progresso Provisório do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012

CD50/6 Avaliação da Política Orçamentária Regional para Programas

CD50/7 Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA

CD50/8 Instituições Nacionais Associadas com a OPAS para Cooperação Técnica

CD50/9 Análise dos Centros Pan-Americanos

CD50/10 Plano de Ação para Hospitais Seguros

CD50/11 Estratégia para o Desenvolvimento de Competências dos Profissionais da Saúde nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária

Documentos de trabalho (cont.)

CD50/12	A saúde e os Direitos Humanos
CD50/13	Estratégia e Plano de Ação para a Redução da Desnutrição Crônica
CD50/14	Fortalecimento dos Programas de Imunização
CD50/15	Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil do HIV e da Sífilis Congênita
CD50/16	Estratégia e Plano de Ação para Prevenção, Controle e Atenção à Doença de Chagas
CD50/17	Saúde, Segurança Humana e Bem-estar
CD50/18, Rev. 1	Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública
CD50/19	Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável
CD50/19, Add. I e Add.II	Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável e
CD50/20, Rev. 1	Fortalecimento das Autoridades Reguladoras Nacionais de Medicamentos e Produtos Biológicos
CD50/21 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação de Cotas
CD50/22	Taxa Cobrada para as Compras de Provisões de Saúde Pública para os Estados Membros
CD50/23	Salário do Diretor e Emendas do Estatuto de Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD50/24	Seleção de um Estado Membro da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Fazer Parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino sobre Doenças Tropicais (TDR) do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS, ao Término do Mandato da Costa Rica

Documentos de trabalho (cont.)

CD50/25	Prêmio OPAS em Administração 2010
CD50/26	Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco: Oportunidades e Desafios para sua Implementação na Região das Américas

Documentos de informação

CD50/INF/1 <i>(em espanhol)</i>	Orçamento por Programa da OMS: A. Orçamento por Programa 2008-2009: Avaliação da Execução B. Projeto de Proposta de Orçamento-Programa para 2012–2013
CD50/INF/2	Estrutura de Gestão Baseada em Resultados da OPAS
CD50/INF/3	Processo para designação do Auditor Externo da OPAS para os Períodos de 2012-2013 e 2014-2015
CD50/INF/4	Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da OPAS
CD50/INF/5	30º Aniversário de Erradicação da Varíola e da Criação do Fundo Rotativo da OPAS para a Compra de Vacinas
CD50/INF/6	Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos: A. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) B. Atualização sobre a Pandemia (H1N1) de 2009 C. Plano de Ação para o Reforço das Estatísticas Vitais e de Saúde D. Iniciativa Regional de Dados Centrais de Saúde e Perfis dos Países

- E. [Movido a Assuntos Relativos à Política de Programas como CD50/26]
- F. Implementação da Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Alimentação, Atividade Física e Saúde
- G. Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita

CD50/INF/7

Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS:

- A. 63^a Assembléia Mundial da Saúde
- B. Quadragésimo Período Ordinário de Sessões da Assembléia geral da Organização dos Estados Americanos

CD50/INF/8, Rev. 1

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros:

- A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
- B. Plano Mestre de Investimento de Capital
- C. Situação do Comitê de Auditoria da OPAS

LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Juan Manzur
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Sebastian Tobar
Director Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

Dr. Francisco Baquero
Ministro de Salud de la Provincia
del Chaco
Ministerio de Salud
Chaco

Dra. María Grieco
Ministra de Salud de la Provincia
de Tierra del Fuego
Ministerio de Salud
Tierra del Fuego

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Pablo Yedlin
Ministro de Salud de la Provincia
de Tucumán
Ministerio de Salud
Tucumán

Sr. Maximiliano Ojeda
Coordinador de Ceremonial
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesoschny
Coordinadora de Prensa y
Comunicación Social
Ministerio de Salud
Buenos Aires

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Cornelius Smith
Ambassador
Embassy to the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Merceline Dahl-Regis
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Dr. Delon Brennen
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Alternates – Alternos

Dr. Cherita Moxey
Senior House Officer
Ministry of Health and Social Development
Nassau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Bridget McKay
Second Secretary, Alternate Representative
of The Bahamas to the Organization
of American States
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Donville Inniss
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

Dr. Joy St. John
Chief Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

His Excellency John Beale
Ambassador, Permanent Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Ms. Jane Brathwaite
Counselor, Alternate Representative of
Barbados to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Kendall Belisle
First Secretary, Alternate Representative
of Belize to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Nila Heredia
Ministra de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

Dra. Janette Vidaurre Prado
Coordinadora del Proyecto GAVI
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Erika Dueñas
Ministra Consejera
Embajada de Bolivia
Washington, D.C.

Sra. Aylin O. Bleichner
Primera Secretaria, Representante Alterna
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Srita. Claudia Corminales
Abogada
Misión Permanente de Bolivia ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates – Delegados

Dr. Reinaldo Guimarães
Secretário de Ciência, Tecnologia e
Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília

Ministro Eduardo Botelho Barbosa
Assessor Especial do Ministro
para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

Ministro Silvio José Albuquerque e Silva
Chefe da Divisão de Temas Sociais
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Paulo E. Gadelha Vieira
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Prof. Paulo Buss
Diretor do Centro de Relações Internacionais
em Saúde
Presidente de Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Dr. Dirceu Raposo
Diretor-Geral da Agência de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Dra. Renata Carvalho
Chefe da Unidade de Cooperação
Internacional
Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Igino Rodrigues Barbosa
Assessor do Gabinete do Ministro
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília

Dr. Francisco Eduardo de Campos
Secretário de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Divisão de Temas Multilaterais
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Renato Strauss
Chefe da Divisão de Imprensa
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Viviane Rios Balbino
Primeira Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Karen Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

Ms. Kate Dickson
Senior Policy Advisor
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Alternates – Alternos

Ms. Jane Billings
Senior Assistant Deputy Minister
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Ranu Sharma
Senior Policy Analyst
Planning and Public Health
Integration Branch
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Mr. Benoît-Pierre Laramée
Director, Inter-American Program
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

Ms. Sarada Leclerc
Health A/Team Leader
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

His Excellency Allan Culham
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Darren Rogers
Alternate Representative of Canada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Horacio Arruda
Director
Public Health Protection
Ministry of Health and Social Services
Quebec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Liliana Jadue
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

Sra. María Jesús Roncarati Guillon
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Su Excelencia Dario Paya
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sr. Rodrigo Olsen
Consejero, Representante Alterno
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Mauricio Santamaría
Ministro de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegates – Delegados

Su Excelencia Luis Alfonso Hoyos
Embajador, Representante Permanente
de Colombia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Sandra Mikan
Segunda Secretaria, Representante
Alternativa de Colombia ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Dra. Erika Schutt Pardo
Secretaria Privada del Ministro
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Her Excellency Rita María Hernández
Ambassador, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Daniel Salas Peraza
Director de Mercadotecnia de la Salud
Ministerio de Salud
San José

COSTA RICA (cont.)

Alternate – Alternos

Mr. David Li Fang
Minister Counselor, Alternate Representative
of Costa Rica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Eleuterio R. González Martín
Viceministro de Docencia e
Investigaciones
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Antonio Diosdado
González Fernández
Jefe del Departamento de Organismos
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Jorge Bolaños
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Sr. Tito Ismael Gelabert Gómez
Segundo Secretario
Sección de Intereses
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius C. Timothy
Minister for Health and Environment
Ministry for Health and Environment
Roseau

Delegates – Delegados

Dr. Paul Ricketts
National Epidemiologist
Ministry for Health and Environment
Roseau

Dr. Dorian Shillingford
Chairman
Dominica Medical Board
Ministry for Health and Environment
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada
Directora de Desarrollo Estratégico
Institucional
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Virgilio Alcántara
Embajador, Representante Permanente de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Luis Fernández Guzmán
Ministro Consejero, Representante Alternativo
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA (cont.)**

Alternates – Alternos

Sr. Ricardo Pérez Fernández
Ministro Consejero, Representante Alternativo de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. José Luis Domínguez Brito
Consejero, Representante Alternativo de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Xavier Solorzano
Subsecretario de Extensión de la Protección
Social en Salud
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegate – Delegado

Dr. Juan Moreira
Director de Control y Mejoramiento de la
Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Isabel Rodríguez
Ministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR (cont.)

Delegate – Delegado

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Políticas Sectoriales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Patricia Clarke
Counselor, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Silvia Palma de Ruiz
Viceministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Delegate – Delegado

Lic. Ivette Anzueto de Mazariegos
Asesora de la Viceministra de Salud Pública
y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

HAITI/HAÏTÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegate – Delegado

Dr Ariel Henry
Membre du Cabinet
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Arturo Bendaña Pinel
Secretario de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Estado en el Despacho
de Salud
Tegucigalpa, M. D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Dr. Leila McWhinney-Dehaney
Chief Nursing Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternate – Alterno

Dr. Karen Lewis-Bell
Director of Family Health Services
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

Delegates – Delegados

Dr. Bernardo Fernández del Castillo
Director General de Coordinación de
Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

Lic. Francisco Hernández Aguilar
Director General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Carlos Olmos Tomassini
Director General de Comunicación Social
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Fernando Meneses González
Director de Investigación Operativa
Epidemiológica
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Renée Salas Guerrero
Encargada de la Coordinación General
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dra. Mariana Ramírez Aguilar
Directora Ejecutiva de Evidencia y Manejo
de Riesgos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Mtra. Rocío Alatorre Eden Wynter
Comisionada de Evidencia y Manejo
de Riesgos
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Martha Caballero
Responsable de Comunicación Social
ante Medios Internacionales
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Su Excelencia Gustavo Albin
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alternativa de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Guillermo José González
Ministro Asesor del Presidente de la
República
Secretaría de la Presidencia de la República
Managua

Delegate – Delegado

Sr. Luis E. Alvarado
Ministro Consejero, Representante Alternativo
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Félix Bonilla
Secretario General
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Lic. Gabriel Cedeño
Director de Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Su Excelencia Guillermo Cochez
Embajador, Representante Permanente
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

Alternate – Alternativo

Sr. Milton Ruiz
Consejero, Representante Alternativo
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Esperanza Martínez
Ministra de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Lic. Enrique García de Zuñiga
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Dr. Iván Allende Criscioni
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates – Alternos

Dr. Carlos Daniel Torres
Asesor
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Su Excelencia Rigoberto Gauto
Embajador, Representante Permanente
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Heriberto A. Ortiz
Primer Secretario, Representante Alterno
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Jorge Ruiz Díaz
Attaché
Misión Permanente de Paraguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Francisco barreiro
Consejero, Representante Alterno
de Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísimo Sr. Hugo De Zela Martínez
Embajador, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dr. Manuel Jumpa Santamaría
Asesor de la Alta Dirección
Ministerio de Salud
Lima

PERU/PERÚ (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Hamilton García Díaz
Director de Promoción de la Salud
Ministerio de Salud
Lima

Lic. Liliana La Rosa
Director General de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Equipo de Políticas en Salud
Ministerio de Salud
Lima

Ministro Raúl Salazar Cosío
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sr. Giancarlo Gálvez
Segundo Secretario, Representante Alterno
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Keith Mondesir
Minister for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs, National Mobilization and
Gender Relations
Ministry for Health, Wellness, Human Services,
Family Affairs, National Mobilization and
Gender Relations
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

His Excellency Michael Louis
Ambassador, Permanent Representative of
Saint. Lucia to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mrs. Clenie Greer-Lacascade
Alternate Representative of Saint. Lucia
to the Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT KITTS AND NEVIS/ SAINT KITTS Y NEVIS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Marcella Liburd
Minister of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Ministry of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Basseterre

Delegates – Delegados

Mr. Elvis Newton
Permanent Secretary
Ministry of Health, Social Services,
Community Development,
Culture & Gender Affairs
Basseterre

His Excellency Dr. Izben C. Williams
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Kits and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Ms. Kemay Liburd-Chow
First Secretary
Mission of Saint Kits and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

**SAINT VINCENT AND THE GRENADINES/
SAN VICENTE Y LAS GRANADINAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Delegates – Delegados

Her Excellency La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Vincent and the Grenadines to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Asram Y. S. Soleyn
Counselor, Embassy of Saint Vincent and the
Grenadines to the United States
of America
Washington, D.C.

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp
Pharmacy Policy Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate – Alternos

Ms. Jessica Lansheuvél
Coordinator of Bilateral Relations
Ministry of Health
Paramaribo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**TRINIDAD AND TOBAGO/
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Therese Baptiste-Cornelis
Minister of Health
Ministry of Health
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

Dr. Anton Cumberbatch
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Port-of-Spain

Ms. Sandra Jones
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

Mr. David Constant
Director, International Cooperation Desk
Ministry of Health
Port-of-Spain

Ms. Dana Wallace
Second Secretary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

The Honorable Kathleen Sebelius
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Delegates – Delegados

Mr. Bill Corr
Deputy Secretary of Health and Human
Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Dr. Nils Daulaire
Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Ms. Ann Blackwood
Director of Health Programs
Office of Technical and Specialized
Agencies Bureau of International
Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary for Global
and Economic Issues
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Dr. Kevin De Cock
Director
Center of Global Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta

Ms. Elizabeth Griffith
Program Analyst
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

A. George Herrfurth
Multilateral Affairs Coordinator
Fogarty International Center
National Institute of Health
Department of Health and Human
Services
Bethesda, MD

Mr. David Hohman
Deputy Director
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and Child Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Jay McAuliffe
Latin America and Regional Coordinator
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Kelly Saldana
Senior Public Health Advisor
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Dr. Craig Shapiro
Interim Director for the Americas
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Pattie Simone
Acting Principal Deputy
Center for Global Health
Center for Diseases Control and Prevention
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

Ms. Susan Thollaug
Team Leader
Health, Population and Nutrition Team
Bureau for Latin America and the
Caribbean
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Commissioner for International
Programs
Office of the Commissioner
US Food and Drug Administration
Silver Spring, MD

Mr. Harley Feldbaum
White House Fellow
Bureau for Global Health
US Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Leah Hsu
International Health Analyst
Office of Global Health Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Stephanie McFadden
Program Analyst
Office of Management Policy and Resources
Bureau of International Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Carla Menendez McManus
Foreign Affairs Officer
United States Mission to the
Organization of American States
Department of State
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Olesker
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Dr. Gilberto Rios
Director General de la Salud
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima Dra. María del Luján Flores
Embajadora, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alternos

Sra. Adriana Isabel Rodríguez
Consejera, Representante Alternos
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Miriam Morales
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegates – Delegados

Dr. Julio Colmenares
Internacionalista
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Oficina de Cooperación Técnica y
Relaciones Internacionales
Caracas

Dra. Carmen Velásquez de Visbal
Ministra Consejera
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Pierre-Henri Guignard
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

M. Gérard Guillet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Professeur Jacques Drucker
Conseiller santé près l'Ambassade
de France aux États-Unis
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Philippe Damie
Manager
Health Regional Agency
French Antilles and Guiana

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Omayra Victoria E. Leeflang
Minister of Education, Public Health
and Social Development
Ministry of Education, Public Health
and Social Development
The Hague

Delegates – Delegados

Hon. Richard Wayne Milton Visser
Minister of Health and Sport
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Fred Labefer
Head, Global Affairs Unit
Ministry of Health, Welfare and Sport
The Hague

Alternates – Alternos

Mrs. Ann Groot-Philipps
Minister Plenipotentiary
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Jocelyne Croes
Minister Plenipotentiary of Aruba
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Dr. Ángel Caballero
Senior Advisor
Ministry of Health and Sport
Oranjestad, Aruba

Mr. Cornelis De Graaf
Executive Assistant
Ministry of Education and Public Health
Punda, Curaçao

Mr. Peter Bootsma
Ministry of Health, Welfare and Sport
Punda, Curaçao

Ms. Danielle Lautenslager
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

Ms. Suzanne Koopmans
Liaison Officer
The Royal Netherlands Embassy
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Nicola Watt
Global Health Team Leader
Department of Health
London

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegate – Delegado

Hon. Colin Riley
Minister of Education, Health, Community
Development, Youth Affairs and Sport
Ministry of Education, Health, Community
Development, Youth Affairs and Sport
Brades, Montserrat

ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS

PUERTO RICO

Dra. Concepción Quiñones de Longo
Subsecretaria de Salud
Departamento de Salud
San Juan

PUERTO RICO (cont.)

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Asesor del Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

Sr. José M. de la Torre
Observador Permanente Alterno de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

Sr. José A. Rosado
Asistente, Observador Permanente de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVE OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Celsius Waterberg
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2010/
Premio OPS en Administración 2010**

Dr. Elsa Yolanda Palou
Honduras

**Manuel Velasco Suárez Award for
Excellence in Bioethics/
Premio Manuel Velasco Suárez a la
excelencia en la bioética**

Dr. Paulina Taboada
Chile

**PAHO Champion of Health Recognition/
Reconocimiento a los campeones de la
salud de la OPS**

Fernando Javier Sendra
Argentina

**Pedro N. Acha Award for Excellence in
Veterinary Public Health/
Premio Pedro N. Acha a la Excelencia en la
Salud Pública Veterinaria**

Dr. Luisa Zanolli Moreno
Brasil

**Abraham Horwitz Award for Excellence in
Leadership in Inter-American Health /
Premio Abraham Horwitz al la Excelencia en
el Liderazgo en la Salud Interamericana**

Dr. Carlos Monteiro
Brasil

**Sergio Arouca Award for excellence in
Universal Health Care/
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la
atención sanitaria universal**

Dr. María Fátima de Sousa
Brasil

**Clarence H. Moore Award for Excellence for
Voluntary Service/
Premio Clarence H. Moore a la Excelencia
en el Servicio Voluntario**

Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer
Perú

**UNITED NATIONS AND SPECIALIZED AGENCIES/
NACIONES UNIDAS Y AGENCIAS ESPECIALIZADAS**

**United Nations Children's Fund/
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia**

Dr. Enrique Paz

**United Nations Population Fund/
Fondo de Población de las Naciones Unidas**

Ms. Sonia Heckadon

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Rudolph O. Cummings
Dr. Jerome Walcott

**Inter-American Development Bank/
Banco Interamericano de Desarrollo**

Ms. Kei Kawabata

**Hipólito Unanue Agreement/Convenio
Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dra. Gloria Lagos

**The World Bank/
Banco Mundial**

Dr. Amparo Gordillo Tobar
Dr. Fernando Lavadenz
Dr. Joana Godinho

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

Sr. José Miguel Insulza

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

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

Ms. Lily Schuermann

**Latin American Association of
Pharmaceutical Industries/
Asociación Latinoamericana de Industrias
Farmacéuticas**

Dr. Rubén Abete

**EMBARQ – The WRI Center for Sustainable
Transport**

Mr. Luis Gutiérrez
Mr. Benjamin Welle
Ms. Claudia Adriazola
Ms. Larissa Fernandes da Silva

**National Alliance for Hispanic Health/
Alianza Nacional para la Salud Hispana**

Ms. Marcela Gaitán

**Inter-American College of Radiology/
Colégio Interamericano de Radiología**

Sr. Rodrigo Restrepo González

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

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

**Alzheimer's Disease International/
Enfermedad de Alzheimer internacional**

Mr. Michael Splaine
Mrs. Zadah Tulloch

**International Council for Control of Iodine
Deficiency Disorders/
Consejo Internacional para la Lucha contra
los Trastornos por Carencia de Yodo**

Dr. Eduardo Pretell

**American College of Obstetricians and
Gynecologists/
Colegio estadounidense de Obstetras y
Ginecólogos**

Ms. Jan Chapin

**International Federation on Aging/
Federación Internacional de la Vejez**

Mrs. Irene Hoskins

**Doctors Without Borders/
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Dr. Henry Rodríguez

**International Federation of Health Records
Organizations**

Ms. Carol Lewis

**Framework Convention Alliance FCA on
Tobacco Control**

Mr. Laurent Huber

**International Federation of Medical
Students' Associations/
Federación Internacional de Asociaciones
de Estudiantes de Medicina**

Ms. Roopa Dhatt
Ms. Sandra Tang

**International Alliance of Patients'
Organizations/
Alianza internacional de organizaciones de
pacientes**

Ms. Eva Ruiz de Castilla

**International Federation of Pharmaceutical
Manufacturers Associations/
Federación Internacional de la Industria del
Medicamento**

Mr. Robert Simpson
Ms. Susan Crowley
Mr. Leo Farber
Ms. Corry Jacobs
Ms. Jacqueline Keith

**International Association for Dental
Research/
Asociación Internacional para la
Investigación Dental**

Dr. Christopher Fox

**International Generic Pharmaceutical
Alliance/
Alianza Farmacéutica Genérica
Internacional**

Mr. Gordon Johnston

**REPRESENTATIVES OF NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS IN
OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS (cont.)**

**International Hospital Federation/
Federación Internacional de Hospitales**

Ms. Pamela A. Thompsom

**Thalassaemia International Federation/
Federación Internacional de Talasemia**

Mr. Bob Ficarra

**International Infant Food Manufacturers
Association**

Mr. Robert Rankin

World Vision International

Ms. Amanda Rives

**International Society of Blood Transfusion/
Asociación Internacional de transfusión de
sangre**

Dr. Amalia Bravo

World Confederation for Physical Therapy

Ms. Stacy de Gale

**Medical Women's International Association/
Asociación Internacional de Médicas**

Dr. Claudia Morrissey

World Self Medication Industry

Dr. Héctor Bolaños

World Organization of Family Doctors

Dr. Liliana Arias-Castillo

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Dr. Brent Burkholder
National Center for Immunization and
Respiratory Diseases

Ms. Sarah Parker
Edward Jenner Museum

Dr. Gerald Hanson

Dr. Cyrus S. Poonawalla
Serum Intitute

Dr. Donald A. Henderson

Dr. Ciro A. de Quadros
Sabin Vaccine Institute

**WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Dr. Carissa F. Etienne
Assistant Director-General, HSS

Dr. Jacob Anantharayan Kumaresan
Director, Centre for Health Development

Dr. Najeeb Mohamed Al Shorbaji
Director, Knowledge Management and
Sharing

Dr. Francesco Branca
Director, Nutrition for Health and
Development

Dr. Mohamed Abdi Jama
Assistant Director-General, General
Management

Dr. Gottfried Otto Hirschall
Director, HIV/AIDS

Dr. Elil Renganathan
Director, Planning, Resource Coordination
and Performance Monitoring

Dr. Raquel Child
Director, UNITAID International drug
purchase facility

Dr. M. Maged Younes
Director, Governing Bodies and External
Relations

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

**Director and Secretary *ex officio* of the
Council/
Directora y Secretaria *ex officio* del Consejo**

Dr. Mirta Roses Periago

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora**

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

**Advisers to the Director/
Asesores de la Directora (*cont.*)**

Mr. Guillermo Birmingham
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica

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