



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

54º CONSELHO DIRETOR

67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

CD54/FR

2 de outubro de 2015

Original: inglês

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da sessão	6
Assuntos procedimentais	
Nomeação da Comissão de Credenciais	6
Eleição da Mesa Diretora.....	6
Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS	7
Estabelecimento da Comissão Geral.....	7
Adoção da agenda.....	7
Assuntos relativos à Constituição	
Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo	7
Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana	8
Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo.....	12
Assuntos relativos à política de programas	
Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017	12
Nova escala das contribuições fixas	17
Reforma da OMS	17
Plano de ação para imunização	20
Estratégia e plano de ação para a demência em idosos.....	23
Estratégia e Plano de Ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher.....	25
Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores.....	28
Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose	30
Plano de ação para a resistência antimicrobiana.....	31
Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais.....	34
Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde	35
O fenômeno El Niño 2015-2016 na Região das Américas.....	37
Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015.....	38
Assuntos administrativos e financeiros	
Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas	39
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo Correspondentes a 2014.....	40
Proposta para o uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento.....	43
Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras da OPAS.....	43
Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017	44

ÍNDICE (cont.)

Página

Seleção de Estados Membros para comissões e comitês

Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial	45
Eleição de três membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).....	45

Assuntos para informação

Metas regionais em matéria de recursos humanos para a Saúde 2007-2015: relatório final e Relatório sobre o desenvolvimento da Estratégia mundial sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030	45
Avaliação do plano de ação para a implementação da política de igualdade de gênero e linhas estratégicas de ação propostas	48
Relatório sobre a transmissão e o impacto do vírus chikungunya na Região das Américas	49
O Regulamento Sanitário Internacional e a doença causada pelo vírus Ebola e Consulta regional sobre o esquema de monitoramento do RSI após 2016.....	50
Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos	54
A. Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco	
B. Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas	
C. Plano de ação sobre segurança viária	
D. Prevenção e controle da dengue nas Américas	
E. A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central	
F. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde	
G. Situação dos Centros Pan-Americanos	
Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS.....	57
A. 68 ^a Assembleia Mundial da Saúde	
B. Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos	
C. Organizações sub-regionais	

Outros assuntos	59
------------------------------	----

Encerramento da sessão	59
-------------------------------------	----

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções e decisões**Resoluções**

CD54.R1	Arrecadação de contribuições fixas	60
CD54.R2	Nova escala das contribuições fixas	61
CD54.R3	Modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde	62
CD54.R4	Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato do Canadá, Jamaica e Paraguai.....	63
CD54.R5	Eleição de três membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	67
CD54.R6	Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores.....	67
CD54.R7	Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais.....	71
CD54.R8	Plano de ação para imunização	74
CD54.R9	Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde	76
CD54.R10	Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose.....	78
CD54.R11	Estratégia e plano de ação para a demência em idosos.....	80
CD54.R12	Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher	83
CD54.R13	Uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento.....	85
CD54.R14	Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017	86
CD54.R15	Plano de ação para a resistência antimicrobiana.....	86
CD54.R16	Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017	89
CD54.R17	Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2016-2017	92
CD54.R18:	Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015	94

Decisões

CD54(D1)	Nomeação da Comissão de Credenciais	97
CD54(D2)	Eleição da Mesa Diretora.....	97
CD54(D3)	Estabelecimento da Comissão Geral.....	97
CD54(D4)	Adoção da agenda	97

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções e decisões (cont.)

Decisões (cont.)

CD54(D5)	Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com Direito a Indicar uma Pessoa para Integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial	98
CD54(D6)	O fenômeno El Niño na Região das Américas	98

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. O 54º Conselho Diretor, 67ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizado na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 28 de setembro a 2 de outubro de 2015.
2. O Dr. Sergio Sarita Valdez (Coordenador Internacional de Cooperação, Ministério de Saúde Pública, República Dominicana, Presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. As palavras de abertura ficaram a cargo do Dr. Sarita Valdez, Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana), Exma. Sra. Sylvia Mathews Burwell (Secretária de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América), Ilmo. Sr. Héctor Salazar Sánchez (Gerente do Setor Social, Banco Interamericano de Desenvolvimento), Dr. Hans Troedsson (Subdiretor Geral, Departamento de Administração Geral, Organização Mundial da Saúde), Exmo. Sr. Luis Almagro Lemes (Secretário-Geral, Organização dos Estados Americanos) e do Exmo. Sr. Orlando Hernández (Presidente de Honduras). Os respectivos discursos podem ser encontrados no website do 54º 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 Equador, Porto Rico e a República Bolivariana da Venezuela membros da Comissão de Credenciais (decisão CD54[D1]).

Eleição da Mesa Diretora

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu os seguintes oficiais (decisão CD54[D2]):

<i>Presidente:</i>	El Salvador	(Dra. Violeta Menjívar)
<i>Vice-presidente:</i>	Antígua e Barbuda	(Exmo. Sr. Molwyn Morgorson Joseph, MP)
<i>Vice-presidente:</i>	Peru	(Dr. Aníbal Velásquez Valdivia)
<i>Relator:</i>	Estados Unidos	(Sr. Charles Darr)

¹ Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=pt.

5. A Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), Dra. Carissa Etienne, serviu como Secretária ex officio, e a Diretora Adjunta, Dra. Isabella Danel, serviu como Secretária Técnica.

Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS

6. O Conselho foi informado de que não seria necessário estabelecer um grupo de trabalho, pois nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS (ver o Relatório sobre as Contribuições Fixas, parágrafos 46 a 50 abaixo).

Estabelecimento da Comissão Geral

7. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou o Chile, Cuba e São Vicente e Granadinas membros da Comissão Geral (decisão CD54[D3]).

Adoção da agenda (documento CD54/1, Rev. 3)

8. O Conselho concordou em acrescentar dois elementos à agenda provisória elaborada pela Diretora: “Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015” e “O fenômeno El Niño 2015-2016 na região das Américas”, propostos pelas delegações do Equador e do Peru, respectivamente. Manifestou-se apoio a ambas as propostas, embora numerosos delegados tenham feito ressalvas sobre o novo método para calcular a mortalidade materna proposto pelo Grupo Interinstitucional das Nações Unidas para Estimção da Mortalidade Materna. Os delegados também demonstraram preocupação com os possíveis efeitos sociais, econômicos e para a saúde decorrentes do fenômeno do El Niño nos países da Região.

9. O Conselho aprovou a agenda modificada (documento CD54/1, Rev. 3), além de um programa de reuniões (decisão CD54[D4]).

Assuntos relativos à Constituição

Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo (documento CD54/2)

10. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Paraguai, Presidente do Comitê Executivo) informou sobre as atividades desenvolvidas por esse Comitê e pelo seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre outubro de 2014 e setembro de 2015. Destacou os temas que haviam sido discutidos pelo Comitê, mas que não haviam sido encaminhados para consideração pelo 54º Conselho Diretor e observou que informaria sobre outros temas conforme fossem tratados pelo Conselho. Os temas que não haviam sido encaminhados abrangiam os relatórios anuais do Escritório de Ética da OPAS, do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação e do Comitê de Auditoria da OPAS; o relatório do Júri do Prêmio OPAS em Administração 2015; uma proposta de

programação de uma receita excedente resultante do pagamento de um empréstimo de US\$ 10 milhões feito ao Fundo Rotativo para Compra de Vacinas; uma atualização da situação dos projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para o financiamento da Conta Especial; relatórios sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital e o financiamento do seguro médico pós-serviço para os Funcionários da OPAS; modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA, relatórios sobre estatísticas da dotação de pessoal e sobre a Estratégia de Recursos Humanos da RSPA, e uma apresentação de um representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS; relatórios sobre o orçamento por programas da OMS 2016-2017, a situação da implementação do projeto do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA e a Estratégia de Tecnologia da Informação da RSPA; e solicitações por parte de quatro organizações não governamentais de admissão ou renovação da sua condição de organização que mantém relações oficiais com a OPAS. Os detalhes podem ser consultados no relatório do Presidente do Comitê Executivo (documento CD54/2).

11. A Diretora agradeceu ao Presidente e aos membros do Comitê Executivo seu trabalho e compromisso com a Organização, observando que a Repartição havia levado em conta todas as observações do Comitê de modo a melhorar os documentos e projetos de resolução apresentados para consideração pelo Conselho Diretor.

12. O Conselho também agradeceu aos membros do Comitê seu trabalho e tomou nota do relatório.

Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (documento CD54/3)

13. A Diretora apresentou seu relatório anual, cujo tema era “Defendendo a saúde em nome do desenvolvimento sustentável e da equidade: Liderando pelo exemplo.” O relatório oferecia numerosos exemplos de como a Região das Américas, por muitos anos, havia aberto caminho para alcançar marcos fundamentais em termos de saúde pública. Embora os Estados Membros houvessem sido os condutores principais por trás dos êxitos da Organização, a Repartição havia desempenhado uma função central na prestação de cooperação técnica e coordenação dos esforços dos Estados Membros.

14. Em 2014, em um exemplo excepcional da cooperação pan-americana, os Estados Membros da OPAS haviam adotado a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde, que buscava catalisar uma mudança de paradigma, passando de sistemas de saúde sobrecarregados de médicos especializados concentrados, sobretudo, nos centros urbanos, para sistemas com mais profissionais de atenção primária, distribuídos de forma equitativa. O projeto *Mais Médicos* no Brasil representava um exemplo prático de como a cooperação técnica da RSPA ajudou a ampliar drasticamente o acesso aos serviços de saúde. A Repartição também havia trabalhado com a Comunidade do Caribe para garantir o acesso a medicamentos e tecnologias seguros e eficazes, fundamentais para alcançar a cobertura universal de saúde. Em dezembro, havia sido organizada a primeira Reunião Regional sobre a Saúde

das Pessoas LGBT e os Direitos Humanos, como parte dos esforços para impulsionar o acesso universal à saúde sem discriminação.

15. Em abril de 2015, as Américas haviam se tornado a primeira região no mundo a eliminar a rubéola e a síndrome da rubéola congênita. Em junho, Cuba havia se tornado o primeiro país no mundo a eliminar oficialmente a transmissão, de mãe para filho, do HIV e da sífilis. Os esforços da Organização para eliminar as doenças infecciosas tropicais negligenciadas haviam rendido frutos, pois, em setembro de 2014, o Equador se tornou o segundo país no mundo a conseguir a comprovação da OMS da eliminação da oncocercose. Posteriormente, o México recebeu a mesma comprovação e a Guatemala a solicitou recentemente. Além disso, haviam sido obtidos progressos importantes durante o último ano no combate às doenças não transmissíveis, o fator que mais contribuía para o ônus da morbidade geral na Região. Em especial, havia sido adotado um novo Plano de Ação para a Prevenção da Obesidade nas Crianças e Adolescentes. A Nicarágua e o Uruguai haviam se tornado os dois primeiros países no mundo a ratificar o Protocolo da OMS para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco.

16. Com o surto de Ebola na África Ocidental, a Repartição havia intensificado seus esforços para captar recursos, ampliado as iniciativas de treinamento em comunicação sobre riscos e destacando pessoal para ajudar em campo. Em resposta à ameaça constante da febre chikungunya e da dengue e do recente surgimento do vírus Zika no Brasil, a RSPA estava trabalhando com os Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos para prestar cooperação técnica em diagnóstico e acompanhamento dessas doenças. Além disso, estava trabalhando para promover um enfoque de saúde em todas as políticas e uma ação multissetorial para combater as doenças transmitidas por vetores.

17. A Região, em conjunto, estava no rumo certo para atingir todos menos um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde. No entanto, era motivo de grande preocupação que a meta do ODM 5 (redução anual de 5,5% nos óbitos maternos) não seria alcançada por alguns países. Como parte do seu trabalho nessa questão, a Repartição havia oferecido formação no tratamento da hemorragia obstétrica, além da melhoria da atenção para as mulheres que passavam por um aborto. Ademais, havia organizado um simpósio internacional que resultara em um plano sub-regional para prevenir a gravidez na adolescência.

18. Grande parte do trabalho a ser feito pela Repartição e Estados Membros nos próximos anos seria definido com base nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que tinham um alcance mais amplo que os ODM. Apenas um dos 17 ODS dizia respeito inteiramente a questões de saúde, mas havia 13 metas de saúde dentro desse objetivo e todos os ODS tinham implicações fundamentais para a saúde e o bem-estar. Uma das principais lições extraídas da era dos ODM foi a necessidade de olhar o que havia por trás das médias regionais e nacionais, avaliando de forma crítica as necessidades e os resultados em termos de saúde no âmbito local, com uma ênfase mais sistemática nos grupos vulneráveis. Por meio da nova estrutura para a Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde, os Estados Membros teriam ampliado as

oportunidades para dividir conhecimentos técnicos e as lições extraídas, tirando partido da forte tradição da solidariedade pan-americana na Região. A Repartição continuaria trabalhando com os Estados Membros para aproveitar os êxitos passados e trabalhar sinergicamente para melhorar a qualidade de vida de cada pessoa nas Américas.

19. O Conselho Diretor manifestou seu agradecimento à Diretora por seu compromisso e liderança e elogiou os avanços delineados no relatório. Os delegados concordaram que esses avanços foram resultado do esforço conjunto, coordenação e cooperação dos Estados Membros e da Repartição. Ao mesmo tempo, reconheceu-se que muito trabalho ainda precisava ser feito para superar os desafios restantes, especialmente as discrepâncias na situação da saúde e as iniquidades no acesso aos serviços de saúde. A adoção da Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde em 2014 foi louvada como um marco e diversos palestrantes descreveram as medidas que seus países estavam tomando com o objetivo de alcançar a cobertura universal. Muitos destacaram a importância da ação intersectorial para abordar determinantes sociais, ambientais, e econômicos da saúde. O valor do intercâmbio de experiências e boas práticas nesse sentido também foi salientado.

20. Houve acordo geral sobre a necessidade de mudar os paradigmas profissionais, conforme assinalado no relatório, a fim de priorizar a atenção primária à saúde e os serviços integrados prestados por equipes interdisciplinares, com ênfase especial no suprimento das necessidades das populações vulneráveis e mal atendidas. Foi sublinhada a importância de focar mais a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Muitos delegados observaram que as doenças não transmissíveis representavam uma proporção crescente da morbidade em seus países e destacaram a importância de promover a alimentação saudável e o aumento da atividade física, desestimular o tabagismo e tomar outras medidas preventivas. Vários delegados agradeceram à Repartição sua ajuda para fortalecer a legislação contra o tabaco e fazer face à oposição da indústria às regulações que visam ao controle do tabagismo.

21. Os delegados manifestaram seu agradecimento à Repartição pelo apoio no aumento da disponibilidade das vacinas e medicamentos a preços acessíveis; contudo, vários oradores observaram que o alto custo de alguns produtos, em especial os usados no tratamento de doenças crônicas e não transmissíveis, continuava a ser um obstáculo ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Várias delegações acolheram um acordo recente entre os ministros da saúde do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e a União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) para a compra conjunta de medicamentos de alto custo, inclusive por meio do Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da Organização (o Fundo Estratégico), e agradeceram à Repartição seu apoio a essa iniciativa.

22. Os delegados também aplaudiram o trabalho da Repartição para ajudar os países a fortalecer seus preparativos para responder à ameaça da doença causada pelo vírus Ebola e manifestaram seu agradecimento pela ajuda no enfrentamento dos surtos da febre chikungunya. Salientou-se a necessidade de continuar a trabalhar para fortalecer e manter as capacidades centrais nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Além

disso, foram destacadas as possíveis consequências da mudança climática e dos graves eventos climáticos a ela relacionados não apenas para o setor da saúde, mas também para as economias e o desenvolvimento geral dos países, e enfatizou-se a importância de montar programas eficazes para melhorar a capacidade de recuperação após desastres. Um delegado manifestou seu agradecimento pelos esforços da OPAS e OMS para assegurar a atenção à saúde pelas Conferências das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança do Clima.

23. O progresso da Região no controle das doenças transmissíveis também foi acolhido e os países que haviam eliminado recentemente diversas doenças foram parabenizados. Destacou-se a necessidade de assegurar ampla cobertura de vacinação para manter os êxitos da Região na eliminação das doenças imunopreveníveis. Um delegado expressou preocupação quanto à mudança prevista no uso da vacina de vírus inativado contra poliomielite (consulte o “Plano de ação para imunização,” parágrafos 60 a 73 abaixo), e destacou que os suprimentos atuais da vacina de vírus inativado não eram suficientes para permitir a todos os países administrar três doses, o que poderia resultar em níveis díspares de proteção contra o poliovírus tipo 2.

24. Foram reconhecidos os êxitos dos Estados Membros na redução da mortalidade materna, porém também se destacou que seria necessário intensificar os esforços para alcançar a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de reduzir em 75% o índice de mortalidade materna. Considerou-se que a saúde da mulher e da criança deveria continuar a ser um foco prioritário para a Organização nos próximos anos. Destacou-se a importância de garantir serviços de saúde sexual e reprodutiva integrais e ao alcance de todos. A necessidade de dar mais atenção ao problema da violência contra a mulher também foi salientada.

25. A Diretora, ao agradecer aos delegados pelas suas manifestações de gratidão pelo trabalho da Repartição, destacou que as conquistas da Região no último ano haviam sido resultado, sobretudo, da liderança dos Estados Membros ao assegurar o acesso à cobertura universal de saúde e do compromisso com a ampliação do bem-estar e da qualidade de vida das suas populações. A função da Repartição havia sido trabalhar com as autoridades sanitárias nacionais e apoiá-las nesses esforços. A Diretora concordou que numerosos desafios permaneciam no que dizia respeito a garantir o acesso a medicamentos e tecnologia, chegar até as populações mal atendidas, fazer com que as equipes de saúde estivessem voltadas para a prestação da atenção primária, combater as doenças não transmissíveis e responder à mudança climática e aos desastres e surtos de doenças. Ela assegurou ao Conselho que a Repartição continuaria a examinar a melhor maneira de se posicionar para prestar apoio aos Estados Membros com vistas a proteger as conquistas do passado e, ao mesmo tempo, vencer os desafios do futuro.

26. O Conselho Diretor agradeceu à Diretora e tomou nota do relatório.

Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato do Canadá, Jamaica e Paraguai (documento CD54/4)

27. O Conselho elegeu Antígua e Barbuda, Argentina e Chile para compor o Comitê Executivo por um período de três anos e agradeceu ao Canadá, Jamaica e Paraguai os serviços prestados (resolução CD54.R4).

Assuntos relativos à política de programas

Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017 (Documento Oficial 350, Add. I, Add. II, e Add. III, Rev. 1)

28. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão anterior do projeto de Programa e Orçamento para 2016-2017. A proposta total de orçamento para os programas de base havia sido US\$ 612,8 milhões, o que representaria um aumento de US\$ 49,7 milhões, ou 8,8% em relação ao orçamento atual. A Repartição havia elaborado três possíveis cenários de orçamento. No primeiro, o orçamento seria financiado pelos aumentos esperados da alocação da OMS para a Região e das receitas diversas da OPAS e contribuições voluntárias, e por um aumento proposto de 3,8% nas contribuições dos Estados Membros. No segundo, não haveria nenhum aumento das contribuições fixas, e o déficit de financiamento de US\$ 5,8 milhões seria financiado por outras fontes, até então não identificadas. No terceiro cenário, o orçamento total seria reduzido em US\$ 5,8 milhões, resultando em um orçamento total de US\$ 607 milhões.

29. Embora se tenha reconhecido que a Repartição precisava de recursos suficientes para cumprir as suas atividades de cooperação técnica, nenhum delegado havia manifestado apoio à proposta de elevação das contribuições fixas. Vários haviam reafirmado a política de longa data dos seus governos sobre o crescimento nominal zero das contribuições dos Estados Membros. Alguns delegados haviam expressado a disposição de considerar o cenário II, mas haviam solicitado mais informações sobre como o aumento de US\$ 5,8 milhões seria financiado. Outros delegados haviam preferido o cenário III. Foi destacado que o montante total contemplado nesse cenário, ainda que inferior ao dos cenários I e II, ainda assim proporcionaria um aumento significativo do orçamento geral. A resolução aprovada pelo Comitê havia sido modificada de modo a refletir os pontos de vista expressos durante a discussão. Havia ficado acertado que os montantes em torno dos quais ainda não havia acordo continuariam a ser apresentados entre colchetes e que as cifras referentes ao cenário III ficariam em branco, à espera de outra consulta entre a Repartição e os Estados Membros no meio-tempo até o Conselho Diretor.

30. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou o projeto de Programa e Orçamento revisto e indicou que ele permitiria transformar em realidade os ambiciosos planos de ação adotados pelo Conselho Diretor durante a sessão, nortearia o trabalho da OPAS e definiria os resultados a serem alcançados ao longo dos próximos dois anos. O projeto era resultado de um

processo de baixo para cima conduzido pelos Estados Membros para definir prioridades e calcular os custos dos resultados a serem obtidos no biênio seguinte. Além disso, refletia o compromisso constante da Repartição com a prestação de contas e com a economia decorrente do aumento da eficiência. O orçamento para o período 2016-2017 era apresentado pela primeira vez como um orçamento integrado. Aos Estados Membros, seria solicitado que aprovassem o orçamento em sua totalidade, o que lhes conferiria a propriedade e supervisão explícita do Programa e Orçamento completo, não apenas da parte financiada pelas contribuições dos Estados Membros.

31. O projeto de Programa e Orçamento reverteria a tendência de orçamentos cada vez menores e restabeleceria a redução orçamentária significativa do biênio em curso, além de ajudar a Repartição a reconstruir sua capacidade institucional. O aumento do orçamento não estava sendo proposto para compensar a inflação, mas sim para permitir à Organização investir em novas iniciativas, programas e prioridades. As elevações de custo continuariam a ser absorvidas por meio de eficiências. Todo o aumento proposto seria alocado aos programas técnicos, o que resultaria em um aumento de 14% no financiamento das categorias de 1 a 5, ao passo que o orçamento para as funções habilitadoras na categoria 6 diminuiria.

32. O documento CD54/21, Add. I (ao qual foi dado um novo nome, *Documento Oficial 350, Add. I*, após a aprovação do Programa e Orçamento) fornecia informações sobre os três cenários propostos, inclusive os detalhes sobre o impacto programático das reduções orçamentais para cada categoria e área do programa e os resultados que não seria possível alcançar no cenário III, de acordo com o solicitado pelo Comitê Executivo. Além disso, discriminava as fontes de financiamento dos três cenários. O cenário I forneceria um nível mais alto de financiamento garantido, flexível e sustentável, além de reduzir a dependência de contribuições voluntárias, que poderiam não se materializar ou ser destinadas para finalidades específicas. O cenário III exigiria uma redução do alcance de determinados programas, o que poderia afetar a capacidade da Organização de atingir os resultados estipulados pelos Estados Membros de acordo com o Plano Estratégico 2014-2019.

33. O Conselho Diretor acolheu o enfoque de baixo para cima adotado para a elaboração do projeto de Programa e Orçamento e manifestou seu agradecimento à Repartição pelos seus esforços para alinhar a alocação dos recursos com as prioridades definidas pelos Estados Membros. Foram aplaudidos os esforços da Repartição para reduzir os custos ao aumentar a eficiência e ela foi incentivada a continuar a buscar maneiras de aumentar ainda mais a eficiência, inclusive fazendo uma análise minuciosa dos programas com o objetivo de identificar os que poderiam ser eliminados paulatinamente. O Conselho também agradeceu à Repartição a elaboração dos três cenários em resposta à solicitação do Comitê Executivo. Um delegado, porém, considerou que o documento dos cenários não era claro o suficiente quanto aos riscos e impactos do crescimento nominal zero em termos da capacidade da Organização de alcançar as metas e os objetivos estabelecidos de acordo com o Plano Estratégico 2014-2019.

34. Os delegados reconheceram que a Repartição precisava contar com recursos suficientes para implementar o Plano Estratégico e suprir as necessidades dos Estados Membros. Além disso, reconheceu-se o fato de que a Repartição teria de fazer face a um aumento dos custos devido à inflação. Alguns delegados apoiaram o cenário I, que, na opinião deles, oferecia uma maior previsibilidade de financiamento e autonomia de ação para a Organização, além de conferir à Repartição maior flexibilidade para alocar recursos de acordo com as prioridades identificadas pelos Estados Membros. Um delegado destacou a importância de zelar para que a Organização tivesse fontes de financiamento seguras e sustentáveis para que pudesse seguir à frente da saúde pública na Região, enquanto outro assinalou que as reduções contempladas no cenário III prejudicariam os esforços dos Estados Membros para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.

35. Outros delegados manifestaram-se a favor do crescimento nominal zero das contribuições fixas, alegando que seus governos estavam enfrentando limitações orçamentárias e fraco crescimento econômico. Alguns também ressaltaram que as suas contribuições subiriam consideravelmente em 2016-2017 em consequência da aplicação da nova escala de contribuições adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) (ver os parágrafos 46 a 50 abaixo). Alguns desses delegados manifestaram apoio ao cenário II, que previa o aumento do financiamento dos programas sem elevar as contribuições fixas. No entanto, vários delegados perguntaram se seria viável captar contribuições voluntárias suficientes para financiar o cenário II, sobretudo em vista da tendência de queda dessas contribuições nos últimos anos. Além disso, manifestou-se preocupação com a possibilidade de as prioridades dos doadores não estarem alinhadas com as dos Estados Membros. Um delegado apoiou o cenário III, observando que o aumento de 7,8% previsto nesse cenário, ainda que inferior ao dos outros dois cenários, possibilitaria o crescimento da programação.

36. Assinalou-se que a maior parte do financiamento voluntário vinha de um pequeno grupo de governos; assim, instou-se a Repartição a ampliar a base de doadores, inclusive por meio de parcerias com o setor privado. Solicitaram-se informações sobre o montante das contribuições voluntárias recebidas no biênio 2014-2015 e sobre a importância ainda necessária para financiar plenamente a parcela voluntária do orçamento. Uma delegada perguntou de que forma a Repartição pretendia melhorar sua capacidade de gestão de projetos para assegurar que todos os recursos fornecidos pelos doadores fossem gastos de maneira eficaz e oportuna. Essa mesma delegada expressou a opinião de que as contribuições voluntárias deveriam ser empregadas apenas como um complemento das contribuições fixas e não como um meio de reorientar as contribuições fixas para áreas que pudessem haver recebido menos financiamento voluntário.

37. Vários delegados destacaram a importância de dar mais apoio à prevenção e controle das doenças não transmissíveis. Também foi considerado importante fortalecer a ação intersetorial, que poderia gerar sinergias e facilitaria a concretização dos resultados.

38. O Sr. Walter disse que a Repartição havia captado mais contribuições voluntárias em 2015 do que em 2014 e sua expectativa era que essa tendência se mantivesse. Um

montante remanescente das contribuições voluntárias do biênio atual seria transportado para o seguinte, de maneira que não seria necessário mobilizar toda a quantia prevista de “outras fontes” em 2015-2016. A projeção era que o montante remanescente seria de cerca de US\$ 40 milhões, enquanto uns US\$ 80 milhões seriam obtidos de rendas gerais decorrentes de contribuições voluntárias (inclusive contribuições voluntárias nacionais), o que deixaria entre US\$ 80 milhões e US\$ 90 milhões a serem mobilizados, dependendo do cenário aprovado. Esse montante foi considerado realista, com base na soma mobilizada no biênio atual.

39. A Repartição havia formulado um plano de captação de recursos, a ser posto em prática em 2016. O objetivo seria ampliar a base de doadores e reduzir a dependência de um número limitado de doadores. As relações da Repartição com os doadores do setor privado seriam norteadas pela estrutura da OMS para o relacionamento com agentes não estatais a ser adotada no contexto da reforma da OMS (ver os parágrafos 51 a 59 abaixo). Tanto a OPAS como a OMS tinham iniciativas em andamento destinadas a fortalecer a gestão de projetos para demonstrar aos doadores que seus programas estavam sendo executados dentro dos respectivos prazos e estavam alcançando os resultados esperados. A expectativa era que essas iniciativas produzissem efeitos positivos no próximo biênio.

40. Com respeito à observação de que as contribuições voluntárias não deveriam deslocar as contribuições fixas, o Sr. Walter apontou que o principal benefício de um orçamento integrado era que os recursos poderiam ser transferidos entre as categorias de acordo com as necessidades, a fim de preencher déficits de financiamento. A impossibilidade de fazê-lo no biênio atual havia resultado em um déficit significativo na categoria 3, o que, por sua vez, havia prejudicado a capacidade da Região de alcançar a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio referente à redução da mortalidade materna. No tocante à possibilidade de eliminar gradativamente alguns programas, o projeto de Programa e Orçamento era resultado do exercício de definição de prioridades executado pelos Estados Membros e todos os programas incluídos eram prioridades identificadas no Plano Estratégico. Nenhum poderia ser descontinuado, embora alguns ajustes pudessem ser feitos para refletir as hierarquizações relativas das diversas áreas do programa conforme as preferências dos Estados Membros. Com respeito a outras medidas visando à eficiência, a Repartição havia tomado muitas medidas para absorver a redução de US\$ 50 milhões do biênio atual, como a redução ou congelamento de muitos cargos. Ela não conseguiria funcionar com menos pessoal no biênio 2016-2017, mas continuaria a buscar outras eficiências operacionais.

41. A Diretora, ao manifestar seu agradecimento aos delegados que haviam expressado seu apoio ao cenário 1, destacou que o projeto de Programa e Orçamento para 2016-2017 era realista e refletia o planejamento de baixo para cima e os processos de definição de prioridades executados com os Estados Membros. O orçamento para o biênio atual — o menor em muitos biênios — também era realista, conforme atestado pelo fato de que estava financiado quase totalmente. A Repartição havia reduzido voluntariamente o orçamento de 2014-2015 em US\$ 50 milhões, precisamente para que ele fosse realista, com base no montante de financiamento que se esperava receber. Ela

havia tomado várias medidas para enfrentar a redução, inclusive o corte de pessoal, a limitação de viagens e a organização de reuniões presenciais, além de continuar a buscar eficiências. Contudo, havia um ponto em que novos cortes começariam a reduzir o nível e a qualidade da cooperação técnica da Repartição com os Estados Membros.

42. A proposta de aumento das contribuições fixas não era exorbitante e apenas restauraria o orçamento ao seu nível de 2012-2013. A Diretora reconheceu que muitos Estados Membros estavam atravessando momentos econômicos difíceis, mas observou também que a contribuição de vários países seria reduzida de acordo com a nova escala da OEA. No seu modo de ver, os Estados Membros tinham a responsabilidade de assegurar o financiamento suficiente para que a Repartição pudesse cumprir o que eles haviam solicitado. Da sua parte, a Repartição continuaria a trabalhar lado a lado com os Estados Membros para alcançar o nível mais alto possível de desenvolvimento da saúde para a Região.

43. O Conselho Diretor decidiu formar um grupo de trabalho para tratar das preocupações manifestadas durante a discussão e chegar a um consenso em torno de um dos cenários do orçamento. O delegado da Colômbia, presidente do grupo de trabalho, posteriormente anunciou que, após cuidadosa análise das implicações de cada cenário, o grupo de trabalho havia concordado em apoiar o cenário II e em modificar o projeto de resolução de modo a incorporar os pontos de vista apresentado ao longo dos debates. Uma das modificações — feita a bem da transparência, prestação de contas e gestão baseada em resultados — foi uma solicitação à Diretora para que estabelecesse, em consulta com os Estados Membros, um mecanismo para apresentar relatórios provisórios sobre a implementação do Programa e Orçamento, abrangendo os itens planejados e financiados, o progresso obtido rumo à consecução dos resultados e os riscos programáticos e financeiros. Destacou-se a importância de apresentar relatórios claros e transparentes sobre todos os recursos administrados pela Repartição, inclusive sobre as contribuições voluntárias nacionais e os fundos de compras.

44. Os delegados acolheram a flexibilidade, a solidariedade e a vontade de transigir que haviam prevalecido durante as deliberações do grupo de trabalho e agradeceram à Colômbia sua liderança. O Delegado de Barbados anunciou que os países da Comunidade do Caribe (CARICOM) cujas contribuições seriam reduzidas de acordo com a nova escala da OEA pretendiam, no espírito do pan-americanismo e como demonstração do seu compromisso com as metas da OPAS, doar a economia resultante à Organização, na forma de contribuições voluntárias.

45. O Conselho Diretor, por meio da resolução CD54.R16, aprovou o Programa e Orçamento conforme consta do *Documento Oficial 350*. O Conselho também aprovou a resolução CD54.R17, estabelecendo as contribuições fixas dos Estados Membros para o período 2016-2017.

Nova escala das contribuições fixas (documento CD54/5, Rev. 1)

46. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a discussão do Programa e Orçamento 2016-2017 por esse Comitê, havia sido solicitado à Repartição que ajustasse as propostas de contribuições fixas dos Estados Membros contidas no projeto de orçamento de modo a refletir a nova escala de contribuições adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos no seu Quadragésimo Quarto Período Ordinário de Sessões em junho de 2014. Posteriormente, havia sido acordado, por sugestão da Diretora, que um tema sobre a nova escala da OEA fosse acrescido à agenda do Conselho Diretor.

47. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) recordou que emanava de um tratado a obrigação da OPAS de ajustar sua escala de contribuições de acordo com a escala adotada pela Assembleia Geral da OEA, com certos ajustes em função das diferenças em termos de membros das duas organizações. Acrescentou que a equiparação da escala da Organização à da OEA causaria um aumento das contribuições correspondentes ao biênio 2016-2017 para 19 Estados Membros da OPAS e uma diminuição para 14 deles, enquanto a contribuição permaneceria inalterada para nove países. Destacou que a questão que estava sendo considerado no âmbito do tema da agenda era apenas a escala de contribuições, expressas como porcentagens: os montantes efetivos a serem pagos, expressos em dólares, seriam determinados com base em debates posteriores e nas conclusões do Conselho Diretor quanto ao Programa e Orçamento.

48. Os delegados apoiaram o processo para o ajuste das contribuições como um exercício da solidariedade, transparência e coesão pan-americanas. Alguns instaram que o nível da cooperação técnica prestada pela RSPA não fosse comprometido por mudança alguma resultante das contribuições pagas pelos países. Enfatizou-se que a escala das contribuições deveria levar em consideração a capacidade de pagamento dos países.

49. O Sr. Walter respondeu que a nova escala da OEA efetivamente levava esse fator em consideração.

50. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R2, aprovou a escala revista de contribuições para o biênio 2016-2017.

Reforma da OMS (documento CD54/6)

51. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado um relatório sobre a reforma da OMS que resumia o relatório apresentado à Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2015 e continha um anexo que apresentava o estreito alinhamento entre as reformas programáticas, de gestão e de governança empreendidas pela OMS e pela OPAS. Os membros do Comitê haviam destacado a importância do alinhamento contínuo entre a OPAS e a OMS nas atividades de reforma e do cumprimento do Artigo 54 da Constituição da OMS. Havia sido sugerido que a Repartição elaborasse pontos para o

debate e mensagens essenciais que explicassem como estavam sendo levados a cabo o alinhamento e a integração da OPAS com a OMS. Com respeito à estrutura para o relacionamento com agentes não estatais, os delegados haviam salientado a necessidade de evitar conflitos de interesses e assegurar que toda colaboração com agentes não estatais contribuísse para o cumprimento dos objetivos de saúde pública. Havia sido realçado que, embora ajustes menores pudessem ser feitos para acomodar as características institucionais específicas da OPAS, nenhuma mudança substantiva na estrutura deveria ser feita após a sua aprovação pela Assembleia Mundial da Saúde.

52. No debate que se seguiu, os delegados acolheram o progresso geral obtido com relação à reforma da OMS, mas manifestaram sua preocupação com o ritmo lento da reforma da governança. Destacou-se a necessidade de redobrar os esforços para concluir as negociações sobre as questões pendentes — em especial, a estrutura para o relacionamento com agentes não estatais e o método para alocação estratégica das margens orçamentárias. Além disso, os Estados Membros foram instados a chegar a um consenso quanto às posições regionais sobre essas questões para facilitar as negociações e acelerar o progresso. Manifestou-se apoio ao modelo desenvolvido pelo Grupo de Trabalho para a Alocação Estratégica das Margens Orçamentárias para a alocação do segmento 1 do orçamento da OMS, e agradeceu-se ao México e ao Paraguai o trabalho no Grupo de Trabalho. Os delegados também manifestaram seu agradecimento à Argentina pela liderança das consultas dos Estados Membros sobre a estrutura para o relacionamento com agentes não estatais e ao México e aos Estados Unidos por representarem a Região no Grupo de Trabalho para a Reforma da Governança.

53. Com relação à estrutura para o relacionamento com agentes não estatais, destacou-se que o processo de consulta deveria ser norteado pelos princípios da transparência e respeito à natureza intergovernamental e à independência da OMS. A necessidade de estabelecer regras claras e objetivas para evitar conflitos de interesses foi sublinhada. Considerou-se de especial importância para a OMS agir com cautela nas suas interações com o setor privado para minimizar os riscos que pudessem solapar seus valores e integridade. A participação contínua dos Estados Membros da Região nas consultas sobre a estrutura foi considerada crucial para identificar e abordar qualquer problema em potencial relacionado à sua aplicação no âmbito regional. Alguns delegados que, tão logo a estrutura houvesse sido aprovada no âmbito mundial, não deveria haver nenhuma outra negociação sobre ela no âmbito regional.

54. Os delegados acolheram o progresso feito no aumento da previsibilidade e da transparência do financiamento da OMS por meio do diálogo sobre o financiamento, mas observaram que ainda havia desafios a serem superados, como a vinculação contínua das contribuições voluntárias, que poderia resultar na falta de financiamento para áreas cruciais como a resposta a emergências. Destacou-se a necessidade de assegurar que o financiamento estivesse alinhado com as políticas e as prioridades da Organização. Ademais, salientou-se a importância do planejamento de baixo para cima e da definição de prioridades no nível nacional.

55. Foram elogiados os esforços constantes da Repartição para alinhar as reformas regionais com as mundiais; vários delegados reconheceram que muitas das iniciativas de reforma da OPAS haviam precedido as da OMS e, portanto, contribuído para estas. Considerou-se importante que os Estados Membros das Américas, ao interagir com os Estados Membros de outras regiões, continuassem a afirmar o compromisso da OPAS com a OMS e com a integração com a OMS. Nesse sentido, sugeriu-se que o portal de desempenho programático e financeiro da OPAS fosse integrado com o portal do orçamento por programas da OMS, para que também fosse possível acessar os dados da OPAS por meio do portal da OMS. Foram solicitados esclarecimentos sobre como a estratégia da OPAS para a captação de recursos seria alinhada com as atividades internas da OMS para definir um enfoque mais centralizado e coordenado para a captação de recursos. Manifestou-se apoio à participação da Região no plano de mobilidade do pessoal da OMS, embora tenha sido assinalado que o custo-benefício das movimentações de pessoal precisasse ser considerado. Solicitou-se à Repartição que indicasse quando os Estados Membros teriam acesso ao Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico da OPAS.

56. O Dr. Gaudenz Silberschmidt (Diretor para Parcerias e Agentes Não Estatais e Diretor Interino, Departamento de Captação Coordenada de Recursos, OMS), observou que a discussão havia ilustrado tanto a importância como as dificuldades da reforma da OMS e assegurou ao Conselho que a Secretaria da OMS continuava totalmente empenhada em assegurar o sucesso da reforma nos três níveis da Organização. Embora ainda não fosse necessário tomar decisões de política com respeito ao relacionamento com agentes não estatais e alguns outros assuntos, a maioria das reformas já havia avançado até a etapa da implementação. Na área da resposta a emergências, havia sido elaborado um guia das atividades de reforma, juntamente com um cronograma para a tomada de decisões e a implementação, que ocorreria em 2016. Com respeito ao portal do orçamento por programas da OMS, a Secretaria estava coordenando com a Repartição para incorporar os dados da OPAS no sistema. Quanto à estrutura para o relacionamento com agentes não estatais, um documento a ser apresentado durante a reunião intergovernamental de formato flexível em outubro examinaria as implicações da implementação da estrutura nos diversos níveis da Organização.

57. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) disse que o programa e o portal financeiro da OPAS seguiriam o modelo do portal da OMS e afirmou que a Repartição estava trabalhando com a Secretaria da OMS para melhorar o intercâmbio de informações programáticas e financeiras entre o Sistema de Gestão Global da OMS e o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA. O Sistema de Monitoramento do Plano Estratégico havia sido testado em caráter experimental por vários países, e a Repartição estava se preparando para abrir o acesso a todos os países em breve, a fim de facilitar a avaliação do progresso rumo à consecução dos resultados do Plano Estratégico.

58. A Diretora disse que a mobilidade do pessoal era um componente da Estratégia de Recursos Humanos da RSPA. Ao aplicar a política de mobilidade, a Repartição

conseguiria cumprir sua responsabilidade perante os Estados Membros de manter a excelência técnica do seu pessoal. A Repartição esperava com grande interesse tanto a conclusão das negociações entre os Estados Membros sobre a estrutura para o relacionamento com agentes não estatais, como a aplicação dessa estrutura na Região.

59. O Conselho tomou nota do relatório.

Plano de ação para imunização (documento CD54/7, Rev. 2)

60. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia concordado que, embora os Estados Membros houvessem obtido grandes avanços na ampliação da cobertura, deveria continuar a ser conferida alta prioridade à vacinação para manter níveis de cobertura superiores a 95%. Os delegados haviam chamado a atenção para as barreiras para assegurar a ampla cobertura de vacinação, como o alto custo das vacinas e o crescente movimento contra a vacinação. Além disso, haviam salientado a necessidade de campanhas de informação pública para aumentar a conscientização e compreensão, por parte da comunidade, da importância da vacinação.

61. Havia ocorrido um debate animado sobre o uso da expressão “direito à saúde” no documento, pois alguns delegados o apoiavam vivamente enquanto outros sugeriam a sua substituição pela expressão “direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde”, conforme consta do preâmbulo à Constituição da OMS. Após a devida consideração, a expressão constante da Constituição da OMS foi incorporada à versão modificada do plano de ação, além de mudanças na redação de modo a levar em consideração os contextos e as situações nacionais e refletir os sistemas federais de governo. Um novo indicador sobre as barreiras à vacinação também foi inserido. O Comitê havia aprovado a resolução CE156.R14, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

62. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação proposto e felicitou a Repartição pela sua liderança na área da imunização. Os delegados descreveram o progresso feito pelos seus programas nacionais de vacinação e observaram com satisfação que o plano proposto estava alinhado com o Plano de Ação Mundial para Vacinas da OMS (GVAP, na sigla em inglês). Vários delegados destacaram a necessidade de adaptar o plano da OMS ao contexto regional.

63. Os delegados instaram pela manutenção dos esforços para consolidar as conquistas dos países no combate às doenças imunopreveníveis ao manter cobertura superior a 95% com as vacinas tradicionais contra doenças como a poliomielite, o sarampo e a rubéola e ao priorizar os municípios com baixa cobertura. Além disso, apoiaram a introdução de novas vacinas, como aquelas contra o rotavírus, os pneumococos e o papilomavírus humano (HPV), além de solicitarem cooperação técnica e assistência financeira para esse fim. Vários delegados sublinharam a importância da pesquisa e desenvolvimento de vacinas contra a malária e a dengue, e a necessidade de facilitar o acesso a tais vacinas uma vez que houvessem sido aprovadas.

64. Ao destacar que o alto custo das vacinas era uma barreira à cobertura universal, os delegados expressaram seu apoio à negociação, por parte da Repartição, de preços mais baixos por meio do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Os delegados concordaram com a necessidade de compras conjuntas para tirar partido de economias de escala e manter preços das vacinas em níveis baixos, o que resultaria na ampliação do acesso. A Repartição foi instada a defender uma mudança nos critérios para determinar a qualificação para receber apoio da Aliança GAVI porque os critérios atuais não levavam em consideração a morbidade. Vários delegados mencionaram a necessidade de promover a produção de vacinas para manter as reservas em níveis adequados; em especial, destacou-se a necessidade de contar com estoques adequados de vacina de vírus inativado contra poliomielite (VPI) para cobrir a substituição da vacina oral (ver os parágrafos 66 e 67 abaixo).

65. O consenso entre os delegados era que o movimento contra a vacinação constituía uma grave ameaça à saúde pública. Estratégias de comunicação, inclusive o uso das mídias sociais, foram vistas como fundamentais para o combate à desinformação, orientando a população sobre os benefícios da vacinação e aumentando a confiança das comunidades para assegurar a aceitação pública da vacinação e o seguimento dos calendários de vacinação.

66. A Delegada da Argentina expôs várias preocupações quanto à substituição planejada da vacina oral trivalente contra a poliomielite (VOP) pela vacina oral bivalente em combinação com a vacina de vírus inativado. Assinalou que as reservas atuais de vacinas inativadas eram insuficientes para permitir a todos os países administrar três doses. Como foi demonstrado que duas doses da vacina inativada eram suficientes para conferir quase 100% de imunidade, ela sugeriu que os países que atualmente previam três doses dessa vacina nos seus calendários de vacinação considerassem a possibilidade de reduzir esse número para duas doses, para disponibilizar a vacina para outros países e, assim, dar às crianças de todos os países a mesma proteção contra o poliovírus tipo 2. Caso não fosse possível garantir estoques suficientes para assegurar pelo menos duas doses, sugeriu que a substituição pela vacina inativada fosse prorrogada. Além disso, questionou a conveniência de fazer essa substituição dessa vacina em um momento de intensa migração global, com o conseqüente risco da interrupção dos calendários de vacina. A delegada solicitou que um grupo de trabalho fosse formado para avaliar a possibilidade de redistribuir as doses, a viabilidade de aumentar a produção da vacina e questões relacionadas, antes da reunião do Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas em Imunização (SAGE, na sigla em inglês) em outubro de 2015.

67. Em resposta à sugestão de que a substituição fosse prorrogada, outra delegada observou que o sucesso da transição exigiria que todos os países pusessem em prática as recomendações sobre a vacinação contra a poliomielite de maneira coordenada. A OMS tinha um papel importante a desempenhar no apoio a uma transição sem sobressaltos. Os especialistas mundiais discutiam atualmente a substituição e o impacto de um eventual atraso. Ela incentivou os Estados Membros da Região a permitirem que essas discussões ocorressem e esclarecessem o caminho a seguir.

68. Uma delegada observou que o custo total de implementar o plano de ação estava estimado em pouco mais de US\$ 120 milhões, com US\$ 48 milhões correspondendo ao biênio 2015-2016. Observou que, embora uma parcela significativa pudesse ser incluída como atividades já existentes no programa, restaria um déficit de financiamento de US\$ 12 milhões, e solicitou informações sobre como a Repartição propunha captar esses recursos.

69. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) respondeu que a Repartição trabalharia com os Estados Membros para fechar o déficit de financiamento. Assinalou que, uma vez que o plano de ação havia sido concebido como uma estrutura geral para as atividades de imunização ao longo dos próximos cinco anos, não especificava todas as atividades a serem executadas. Os indicadores, no âmbito dessas linhas de ação gerais, haviam sido adaptados do GVAP e abordavam muitas das questões específicas levantadas pelos delegados. Acrescentou que o plano buscava identificar as razões pelas quais algumas populações não eram vacinadas e observou que as principais razões eram as oportunidades perdidas e a falta de confiança nas vacinas. A Repartição estava trabalhando com os Estados Membros para identificar métodos eficazes para vencer esses obstáculos.

70. Com respeito ao desenvolvimento e lançamento de novas vacinas, o Dr. Ruiz Matus explicou que a nova vacina contra a malária apenas protegeria contra o *Plasmodium falciparum*, que não circulava em forma endêmica na América Latina. Ele tinha esperança de que logo estaria disponível uma vacina contra o *P. vivax*, que efetivamente circulava na Região. Além disso, informou que estava sendo estudada a segurança de cinco vacinas contra a dengue e que seu uso em programas de saúde pública dependia de uma recomendação do SAGE.

71. Com respeito à substituição da vacina oral trivalente contra a poliomielite pela vacina de vírus inativado — um passo fundamental na erradicação mundial da poliomielite —, observou que a retirada da vacina oral seria um processo sequencial: o componente de tipo 2 seria o primeiro a ser retirado; os outros componentes viriam em seguida e, finalmente, a vacina inativada passaria a ser a única vacina em uso. A expectativa era que, em um futuro não muito distante, a poliomielite seria erradicada, como havia ocorrido com a varíola, e que deixaria de ser necessário vacinar contra ela. O vírus selvagem da pólio de tipo 2 já havia sido erradicado em todo o mundo; apenas o vírus tipo 2 derivado da vacina continuava a circular. Se os países não fizessem a substituição pela vacina inativada, suas populações poderiam estar expostas ao risco de contrair a poliomielite parálitica associada à vacina. Uma decisão sobre a data da substituição seria tomada durante a reunião do SAGE em outubro.

72. A Diretora agradeceu aos Estados Membros seu compromisso de manter programas nacionais de vacinação fortes, enfatizando que as conquistas obtidas até então deveriam ser preservadas. Assegurar a equidade e a cobertura total nos programas de vacinação era um desafio e, para superá-lo, os Estados Membros teriam de reforçar a vigilância no âmbito estadual e manter nesse nível as competências da força de trabalho de saúde em termos de imunização. Além disso, era essencial trabalhar com as

comunidades para aumentar a conscientização sobre a necessidade da vacinação e facilitar o acesso aos programas de vacinação. Observou que a Repartição havia se esforçado para fortalecer a capacidade do Fundo Rotativo, reconhecendo a necessidade crescente de fazer negociações em um nível mais alto para satisfazer as demandas dos Estados Membros. A Diretora apelou aos países que enviassem seus pagamentos ao Fundo Rotativo em tempo hábil.

73. Após a incorporação de algumas modificações propostas durante o debate, o Conselho Diretor, por meio da resolução CD54.R8, aprovou o plano de ação. Acordou-se que seria formado um grupo de trabalho para considerar as sugestões da Argentina.

Estratégia e plano de ação para a demência em idosos (documento CD54/8, Rev. 1)

74. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão anterior do projeto de estratégia e plano de ação sobre demências nas pessoas de idade, cujo alcance também havia abrangido outros distúrbios incapacitantes. Embora, de modo geral, os delegados houvessem manifestado apoio à proposta, vários haviam considerado seu alcance demasiado amplo e sugeriram que fosse limitado às demências. Os delegados haviam concordado que o objetivo da estratégia e plano de ação deveria ser melhorar a vida dos pacientes e cuidadores, enfatizando a necessidade de um enfoque multifacetado e interdisciplinar. Havia sido formado um grupo de trabalho para revisar o documento e a resolução. Após um extenso debate, o Comitê Executivo havia concordado em diferir as decisões sobre a estratégia e plano de ação até o Conselho Diretor, solicitando que a Repartição revisasse o documento e projeto de resolução de modo a refletir as alterações sugeridas pelos Estados Membros. A versão revisada foi enviada aos Estados Membros para consulta e os comentários recebidos foram incorporados ao documento.

75. O Conselho Diretor acolheu a estratégia e plano de ação, enquanto numerosos delegados afirmaram que a transição demográfica na Região tinha graves implicações, não apenas para pacientes de demência, suas famílias e cuidadores, mas também para os sistemas de saúde e a sociedade como um todo. Os delegados acolheram o enfoque múltiplo da estratégia e plano de ação, e assinalaram que enfrentar o problema de saúde pública da demência exigiria, entre outras coisas, a formulação de políticas, leis e regulamentos; o apoio aos sistemas de saúde mental; a cooperação com as comunidades, governos, organizações não governamentais e organizações internacionais; a capacitação de profissionais de saúde e cuidadores; a pesquisa e o aumento da capacidade de vigilância. Alguns delegados observaram a compatibilidade do plano com suas políticas de saúde mental e programas nacionais e descreveram o progresso feito no campo da saúde mental e das demências em particular. Vários delegados solicitaram à Repartição que aumentasse a cooperação técnica e o apoio financeiro para a implementação do plano.

76. Os delegados observaram que as demências eram um problema de saúde mental mundial e que impunham uma pesada carga aos sistemas de saúde devido à atenção a

longo prazo que exigiam. Assinalou-se que as demências poderiam afetar outros setores da população além dos idosos e, assim, vários delegados sugeriram acrescentar a expressão “e deterioração cognitiva” ao título da estratégia e plano de ação.

77. Reconheceu-se que as demências também representavam uma pesada carga para os cuidadores, que costumavam ser mulheres solteiras e chefes de família com pouco apoio externo. Vários delegados propuseram um enfoque sociossanitário de modo a garantir a atenção intersetorial e integral por meio do sistema de atenção primária, centros de saúde comunitários, hospitais diurnos, centros de atenção diurna para adultos e outros mecanismos para reduzir a dependência e evitar a necessidade de internar pacientes de demência. Os delegados também salientaram a necessidade de combater o estigma associado às demências mediante a conscientização do público sobre o problema.

78. A questão da atenção aos portadores de demência foi um tema comum no debate. Destacou-se a necessidade de atenção compassiva e de apoio, bem como de intervenções farmacêuticas. Um delegado assinalou que, embora a atenção no longo prazo fosse importante, também havia a necessidade de atenção no curto e médio prazo. Vários delegados salientaram a necessidade de capacitar o pessoal da assistência de saúde e assistentes sociais sobre a detecção precoce da deterioração cognitiva e do Mal de Alzheimer, além de oferecer formação aos cuidadores informais para melhorar a qualidade da atenção às pessoas de idade. A importância dos enfoques baseados nos direitos e atentos às questões de gênero também foi destacada. Os delegados também observaram a necessidade de atenção apropriada do ponto de vista cultural.

79. Muitos oradores salientaram a necessidade de um enfoque preventivo para tratar das demências. Vários exigiram mais ênfase na depressão, uma vez que era o problema de saúde mental mais importante nos idosos e um precursor das demências. Um delegado expressou a opinião de que o plano de ação deveria abordar não apenas a depressão e outros problemas de saúde mental, mas também transtornos neurológicos como o Mal de Parkinson. Uma delegada mencionou a necessidade de manter os idosos estimulados e ativos, tanto mentalmente como de outras maneiras. Já outros promoveram a prevenção e o controle de doenças não transmissíveis, obesidade e fatores determinantes do comportamento, como fumar. Uma delegada, porém, destacou que, embora a promoção da saúde e a prevenção de doenças fossem importantes, as intervenções de saúde não preveniam necessariamente o aparecimento das demências em etapas posteriores da vida e instou por mais estudos sobre o assunto. Outros delegados salientaram a necessidade de melhorar a vigilância e informações sobre as experiências bem-sucedidas no campo da demência.

80. O financiamento para implementar o plano de ação também foi um assunto de interesse. Vários delegados observaram que seus países necessitariam de assistência financeira para cobrir os custos. Outros mencionaram a importância de buscar doadores para preencher os déficits orçamentários. Um delegado recomendou o uso do financiamento compartilhado e a combinação das atividades relacionadas à demência com os programas de combate às doenças não transmissíveis.

81. Um representante da Alzheimer's Disease International aplaudiu o plano de ação pela sua ênfase na necessidade de prevenir a dependência e oferecer atenção no longo prazo para a demência por meio da formulação de estratégias que permitissem aos sistemas de saúde se adaptar às novas realidades demográficas e epidemiológicas. Ele acolheu a liderança da OPAS nessa questão, afirmando que a Organização havia criado um ponto de referência mundial para a comunidade de saúde pública, e apoiaria esforços para incluir a demência na agenda da OMS para 2016.

82. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA), acolheu o empenho dos Estados Membros em abordar a questão da demência e observou que o número de casos na Região deveria dobrar nos próximos 20 anos, uma situação que suscitaria um grande desafio não apenas para as pessoas afetadas, seus cuidadores e seus familiares, mas também para suas comunidades e os serviços de saúde. Concordou que era importante adotar um enfoque integrado que levasse em conta os determinantes sociais como o gênero e a etnia. A colaboração com os parceiros não governamentais como a Alzheimer's Disease International também seria importante.

83. Após a incorporação de diversas modificações que refletiam as questões levantadas durante o debate, o Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R11, aprovou a estratégia e plano de ação.

Estratégia e Plano de Ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher (documento CD54/9, Rev. 2)

84. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia acolhido a estratégia e plano de ação, observando que a violência contra a mulher era um grave problema mundial de saúde pública e de direitos humanos que exigia um enfoque multissetorial amplo, além de intervenções nas áreas da prevenção, educação e comunicação para mudar as normas sociais e culturais que contribuíam para a persistência desse problema. Houvera um acordo generalizado sobre a escassez de dados atuais e a necessidade de outros estudos para contribuir para a concepção e validação das intervenções para prevenir diversos tipos de violência. Os delegados haviam observado a capacidade limitada do setor da saúde para identificar as vítimas e salientado a necessidade de oferecer capacitação ao pessoal da área de saúde. Os delegados também haviam destacado a importância de informar sobre a violência baseada no gênero, garantindo a proteção para os que prestarem informações e queixas sobre ela e oferecendo às vítimas acesso à justiça. O Comitê havia aprovado a resolução CE156.R6, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse a estratégia e plano de ação.

85. O Conselho Diretor elogiou a estratégia e plano de ação, concordando que a violência contra a mulher era um grave problema de saúde pública mundial e uma questão de direitos humanos com consequências de amplo alcance. Os delegados reconheceram a natureza complexa e multifacetada do problema, afirmando que sua solução exigiria um enfoque multissetorial integrado abrangendo a saúde, educação, trabalho, policiamento e outros setores. Ao destacar a importância da estratégia e plano

de ação para coordenar os esforços nacionais e regionais mediante um enfoque integral, observaram que a execução do plano exigiria um compromisso político por parte dos Estados Membros.

86. Vários oradores mencionaram a necessidade de contar com políticas para abordar a questão maior da violência de todos os tipos na Região, inclusive a violência entre os homens. Ao mesmo tempo, porém, assinalou-se que havia razões imperiosas para dar ênfase específica à violência contra a mulher, entre elas sua invisibilidade nas estatísticas nacionais e internacionais, sua aceitabilidade social, sua contribuição para a mortalidade materna, as barreiras econômicas e sociais à busca de atenção (inclusive a vergonha e o estigma), as fracas sanções legais e a capacidade limitada dos sistemas de saúde para identificar e oferecer atendimento às sobreviventes. Na área da atenção às sobreviventes, uma delegada solicitou uma mudança na redação sobre o aborto — especificamente, o acréscimo da expressão “onde esses serviços forem permitidos pela legislação nacional” — de modo a refletir a redação internacionalmente aceita das conclusões adotadas pela quinquagésima oitava sessão da Comissão sobre a Condição Jurídica e Social da Mulher das Nações Unidas. Além disso, solicitou que se fizesse referência à Agenda de 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e esclareceu que, embora os direitos humanos fossem os princípios norteadores do manual clínico da OMS sobre a atenção à saúde para as mulheres submetidas à violência sexual ou infligida pelo parceiro íntimo (“*Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence*”), alguns dos pontos enumerados no manual, embora fossem áreas de política importantes em que os governos deveriam se concentrar, não eram, por si só, direitos humanos.

87. Os delegados descreveram o progresso feito por seus países no combate à violência contra a mulher e observaram a natureza intersetorial dos esforços, que abrangiam políticas e legislação sobre a violência de gênero; a coleta de dados e a prestação de informações sobre a violência contra a mulher; as leis de proteção da criança, os tribunais especiais para as questões da mulher e as instituições para promover o tratamento igualitário da mulher nos termos da lei. Contudo, apesar do progresso feito, vários delegados destacaram a falta de capacidade financeira e/ou técnica em seus países e solicitaram assistência da Repartição e de outros Estados Membros para implementar a estratégia e plano de ação.

88. Os delegados também comentaram as repercussões socioeconômicas e para a saúde pública da violência contra a mulher, como a gravidez indesejada, o aborto, as infecções sexualmente transmissíveis (inclusive o HIV), a perda de produtividade, as lesões, o suicídio e a morte. Alguns delegados indicaram altas taxas de violência infligida pelo parceiro íntimo, sobretudo em grupos indígenas, observando sua invisibilidade nas estatísticas nacionais devido à falta de informação e à tendência entre as vítimas de proteger seus agressores. Outras formas de violência contra a mulher mencionadas foram o assédio sexual, o casamento precoce forçado, a mutilação genital feminina, o abuso sexual de crianças, o tráfico humano e a escravidão sexual. Vários delegados observaram que as mulheres indígenas, as incapacitadas e as vulneráveis por outros motivos tinham

mais probabilidade de serem vítimas de violência, principalmente durante conflitos armados e desastres. Os delegados também destacaram os fatores que perpetuavam violência contra a mulher — em especial, as normas culturais que levavam a sociedade a fazer vista grossa e ignorar essa violência, a falta de informação e prestação de queixas, e a legislação fraca e seu pouco cumprimento.

89. Concordou-se que os sistemas de saúde deveriam ser fortalecidos para combater a violência contra a mulher, inclusive por meio da capacitação apropriada para o pessoal do setor da saúde. Uma delegada destacou a discriminação institucional sistemática — sobretudo no atendimento obstétrico — no seu país e exigiu que as mulheres fossem informadas sobre os seus direitos. A importância do apoio político e financeiro para criar fóruns para a formulação de políticas de prevenção da violência com uma perspectiva de saúde pública também foi mencionada. Destacou-se ainda a importância de mecanismos eficazes de avaliação de riscos, inclusive para fazer a triagem para detectar a violência quando as mulheres recorrem aos serviços de saúde.

90. Os delegados também concordaram que a coleta de informações constituía um desafio e salientaram a necessidade de aumentar a visibilidade da violência nas estatísticas nacionais e de identificar as razões da falta de prestação de queixas e do cumprimento da lei. Vários delegados apontaram a necessidade de esforços na área de comunicação para orientar a população sobre a importância de prestar queixas e para ajudar a mudar as atitudes sociais. A educação foi considerada fundamental para provocar uma mudança no comportamento e costumes. A importância de envolver homens e crianças nos esforços para mudar o comportamento e frear a violência contra a mulher também foi destacada.

91. Em vista do consenso geral sobre a importância e urgência do problema da violência contra a mulher, um delegado sugeriu que o Conselho Diretor considerasse a possibilidade de solicitar que o primeiro relatório de progresso sobre a implementação da estratégia e do plano de ação fosse apresentado em um prazo inferior a cinco anos, para que as correções de curso necessárias pudessem ser feitas com rapidez.

92. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) recordou que a estratégia e o plano de ação haviam sido concebidos durante uma atividade paralela ao 53º Conselho Diretor, em 2014. A proposta era resultado de consultas com mais de 100 representantes dos Estados Membros, institutos de pesquisa e organizações não governamentais que haviam trabalhado amplamente com a RSPA. A estratégia e o plano reconheciam claramente que a violência contra a mulher e suas consequências eram preveníveis; contudo, também reconheciam que essa prevenção exigia um enfoque integrado e multissetorial.

93. Após a incorporação de diversas modificações propostas pelos delegados, o Conselho Diretor aprovou a estratégia e plano de mediante a resolução CD54.R12. Além disso, alterou o documento de modo a refletir as mudanças sugeridas.

Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores (documento CD54/10, Rev. 1)

94. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão anterior do plano de ação proposto para a saúde dos trabalhadores, uma atualização do Plano de Ação Regional de Saúde dos Trabalhadores adotado em 1991. Os delegados haviam manifestado seu agradecimento pelas medidas práticas e indicadores do plano para medir o progresso na melhoria da saúde dos trabalhadores e sua ênfase na capacitação e prevenção de riscos ocupacionais. Contudo, também haviam identificado várias áreas do plano que precisavam ser fortalecidas, como partes do texto do documento relacionadas ao direito à saúde, que eles solicitavam que fosse modificada de modo a refletir o texto da Constituição da OMS. Além disso, foi sugerido definir de forma clara vários termos para facilitar a medição dos indicadores e o monitoramento do progresso. Havia sido formado um grupo de trabalho para revisar o documento e o Comitê Executivo posteriormente aprovava a resolução CE156.R3, em que recomendava ao Conselho Diretor que aprovasse o plano de ação.

95. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação e aplaudiu seu alinhamento com o plano mundial da OMS. Os delegados elogiaram o alcance e a natureza intersetorial do plano, além da sua adesão aos princípios da saúde em todas as políticas e acesso universal à saúde. Contudo, vários delegados observaram que as linhas estratégicas de ação deveriam ser adaptadas à situação de cada Estado Membro. Houve consenso de que a saúde dos trabalhadores era uma questão de saúde pública prioritária que também tinha implicações sociais e econômicas importantes.

96. Os delegados descreveram o progresso do seu país na promoção da saúde dos trabalhadores e muitos deles informaram que a saúde ocupacional fazia parte dos seus planos e programas nacionais de saúde. Ao observar que o emprego e o trabalho eram determinantes sociais da saúde, destacaram a importância de ambientes de trabalho saudáveis para ajudar a reduzir as profundas iniquidades em saúde nas suas sociedades, salientando a necessidade da avaliação de riscos e da prevenção de doenças ocupacionais. Uma delegada sugeriu a necessidade de liderança gerencial nessa questão. Outra exigiu a formulação e o fortalecimento dos regulamentos relacionados com a promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância da saúde dos trabalhadores, de acordo com as linhas estratégicas do plano. Vários delegados destacaram a importância da participação dos próprios trabalhadores no planejamento, execução e avaliação dos planos e programas de saúde dos trabalhadores.

97. Mencionou-se a necessidade de tomar medidas relacionadas às atividades de alto risco para limitar a exposição dos trabalhadores a substâncias perigosas. Assinalou-se que certas ocupações, como a agricultura e a mineração, implicavam uma alta exposição a produtos químicos perigosos, como o mercúrio e os pesticidas, e estavam associadas com doenças ocupacionais. Um delegado sugeriu que as elevadas taxas de suicídio entre os trabalhadores agrícolas poderiam estar associadas à exposição aos herbicidas. Esse mesmo delegado destacou a necessidade de sensibilizar a indústria da mineração quanto aos riscos ocupacionais, como a doença respiratória crônica, os desabamentos de minas e os afogamentos. Além disso, observou que as pessoas que trabalhavam na exploração de

madeira nas zonas de floresta tropical virgem apresentavam elevadas taxas de malária, que seu país classificava como uma doença ocupacional. Vários delegados fizeram comentários sobre a importância de tratar as necessidades dos trabalhadores no setor informal, muitos dos quais estavam altamente expostos a riscos ocupacionais. Os delegados instaram pela ampliação do acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde, inclusive aos serviços de saúde mental. A necessidade de tratamento oportuno dos trabalhadores feridos foi salientada.

98. Houve consenso em torno da necessidade de evitar os acidentes no local de trabalho, inclusive por meio de melhorias nas instalações, gestão de resíduos perigosos, proibição da importação de lixo para uso como matérias-primas e substituição de materiais perigosos como o amianto, os pesticidas e o mercúrio por materiais não nocivos. A Repartição e outros parceiros internacionais foram incentivados a continuar a defender os direitos e a melhoria das condições de trabalho para os trabalhadores, a fim de promover sua saúde. Destacou-se o valor da função desempenhada pela Repartição ao oferecer avaliações imparciais e assessoria externa. Ao manifestar seu agradecimento pelo uso do local de trabalho no plano como lente para visualizar as doenças não transmissíveis, um delegado enfatizou a necessidade de fazer os empregadores entenderem os benefícios financeiros de promover a saúde por meio de iniciativas como locais de trabalho livres de tabaco e competições para incentivar a atividade física. Os delegados apontaram a necessidade de legislação sobre a saúde dos trabalhadores para criar locais de trabalho seguros. Esquemas de certificação da segurança dos locais de trabalho também foram considerados importantes.

99. O Conselho concordou com a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde mediante a avaliação de riscos, a vigilância das doenças ocupacionais e lesões, a capacitação de funcionários da área de saúde ocupacional, a melhoria da capacidade de diagnóstico, a pesquisa, a melhoria dos sistemas de informação em saúde e a promoção da saúde e bem-estar por meio de estilos de vida saudáveis. Também foi citada a necessidade de fortalecer as instituições do governo. Um delegado instou a OPAS a comprometer recursos para avaliar as brechas nessa área dentro dos Estados Membros e desenvolver ferramentas para ajudá-los na formulação de políticas de saúde dos trabalhadores e de estruturas de monitoramento.

100. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe, Programa Especial sobre Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) disse que a Repartição havia consultado amplamente os Estados Membros após a sessão do Comitê Executivo de junho para produzir o documento final, que, conforme se esperava, inspiraria muitas atividades de cooperação técnica. Concordou que um enfoque intersetorial era essencial e afirmou que era tradição da Repartição trabalhar com outras organizações no sistema das Nações Unidas, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização dos Estados Americanos, além de outras entidades. Comentou que os recém-adoptados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável dariam um impulso adicional à implementação do plano.

101. A Diretora agradeceu aos Estados Membros o reconhecimento da importância do tema e o fato de terem confirmado a necessidade do plano de ação.

102. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R6, aprovou o plano de ação, com o entendimento de que o documento seria revisado de modo a refletir as observações e sugestões feitas durante o debate.

Plano de ação para a prevenção e controle da tuberculose (documento CD54/11, Rev. 1)

103. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia discutido uma versão anterior do plano de ação proposto para a prevenção e controle da tuberculose, que procurava acelerar a redução da incidência dessa doença e a mortalidade a ela relacionada, além de cumprir a meta de redução contida no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e as metas fixadas no Plano Mundial para Deter a TB 2006-2015, bem como as novas metas pós-2015 para a prevenção, atenção e controle, de acordo com a Estratégia da OMS para Pôr Fim à TB.

104. O Comitê havia louvado o alinhamento do plano com o plano e estratégia mundiais e manifestou apoio a seus objetivos, metas ambiciosas e estratégias, bem como à sua ênfase em atingir as populações vulneráveis e envolver outros setores nos esforços para combater a tuberculose. Numerosos delegados haviam destacado a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento, o acesso universal ao tratamento, o compromisso político, ações intersetoriais e multidisciplinares, e a capacitação do pessoal da área de saúde. Observou-se a necessidade de mais estudos sobre as comorbidades da tuberculose e de pesquisa e desenvolvimento para produzir novas terapias e destacou-se a importância de garantir o acesso universal a medicamentos de primeira linha. O Comitê havia aprovado a resolução CE156.R2, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

105. O Conselho Diretor manifestou forte apoio ao plano de ação e muitos delegados observaram que o plano estava plenamente de acordo com seus planos nacionais e programas. Os delegados foram da opinião de que o plano se basearia nos êxitos da década anterior e permitiria à Região alcançar metas regionais e mundiais para a prevenção e controle da tuberculose. Considerou-se que as linhas estratégicas de ação abrangiam todos os elementos necessários para alcançar suas metas e objetivos. A ênfase do plano em um enfoque baseado em sistemas foi bem acolhida, assim como sua atenção às populações em risco e à incorporação da prevenção, atenção e tratamento da tuberculose às políticas e enfoques de desenvolvimento social. Fizeram-se algumas alterações na redação para esclarecer e reforçar alguns aspectos do documento e do projeto de resolução.

106. Assim como o Comitê Executivo, o Conselho Diretor também destacou a associação entre a tuberculose e os determinantes sociais, econômicos e ambientais, e ressaltou a necessidade de adotar enfoques multissetoriais integrados. Garantir o acesso universal e acessível à prevenção, diagnóstico e tratamento eficazes foi considerado

crucial para o êxito das iniciativas para pôr fim à tuberculose na Região. Considerou-se de especial importância o acesso das populações altamente vulneráveis, como os pobres, os indígenas, a população carcerária e os portadores de HIV. O Conselho também observou a necessidade de pesquisa e desenvolvimento para disponibilizar novas opções de tratamento. Um delegado salientou a necessidade de um modelo de desenvolvimento e de pesquisa que desvinculasse o custo da pesquisa do custo dos produtos farmacêuticos. A importância de fazer uso racional dos novos medicamentos para evitar o aumento da resistência aos medicamentos foi sublinhada.

107. Vários delegados observaram que, embora a Região houvesse obtido um bom progresso na prevenção e controle da tuberculose, ainda restavam desafios importantes, como a transmissão contínua da tuberculose multirresistente e ultrarresistente e a elevada comorbidade da infecção pelo HIV e tuberculose. Além disso, ressaltou-se a incidência crescente da comorbidade com as doenças não transmissíveis, como o diabetes. Um delegado observou que os países com baixa incidência de tuberculose precisariam adotar enfoques inovadores e estratégias multidisciplinares mais fortes para conseguir novas reduções. Destacou-se a necessidade de sistemas de vigilância e laboratoriais robustos, com melhores ferramentas de diagnóstico e regimes de tratamento mais curtos e eficazes, assim como a importância de assegurar o acompanhamento dos pacientes até a cura. Vários delegados destacaram a necessidade da participação das famílias, comunidades e sociedade civil nos esforços para prevenir a tuberculose, assegurar o diagnóstico imediato e tratamento de qualquer caso e administrar o tratamento eficaz das comorbidades. Finalmente, considerava-se essencial um forte compromisso político com as atividades de prevenção e controle.

108. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) observou que o principal obstáculo à eliminação da tuberculose nas Américas era a persistência das iniquidades que tornavam certas populações altamente vulneráveis à doença. Os países das Américas haviam sido pioneiros na promoção dos enfoques dos determinantes sociais e da participação das comunidades e sociedade civil nas atividades de prevenção e controle. Em consequência, havia aumentado e era bem recebido o reconhecimento de que a tuberculose era um problema social e estava relacionado com a pobreza, não se tratando apenas de um problema médico. A Região também havia sido pioneira na pesquisa sobre novas vacinas, medicamentos e ferramentas de diagnóstico. Os Estados Membros já haviam feito grandes avanços ao reduzir a incidência da tuberculose e ele estava seguro de que a meta da eliminação estava ao alcance da Região.

109. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R10, aprovou o plano de ação.

Plano de ação para a resistência antimicrobiana (documento CD54/I2, Rev. 1)

110. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) recordou que o plano de ação proposto para a resistência antimicrobiana havia sido elaborado a pedido dos Estados Membros e estava alinhado com o plano de ação mundial da OMS para a resistência antimicrobiana. O Comitê Executivo havia acolhido o plano de ação

proposto, cuja finalidade era orientar a formulação de políticas e planos nacionais e servir de roteiro para ações específicas e quantificáveis. Ao observar que a resistência antimicrobiana era uma ameaça crescente em todo o mundo, com implicações que iam bem além do setor da saúde, os delegados haviam sublinhado a necessidade de esforços multissetoriais e de um enfoque amplo para fazer face ao problema. Havia sido destacada a importância de abordar o uso de antibióticos na saúde de seres humanos e animais por meio de um enfoque de “uma única saúde”. Foram solicitadas algumas alterações na redação do documento, juntamente com o refinamento de vários indicadores. O Comitê havia aprovado a resolução CE156.R4, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

111. O Conselho Diretor elogiou o alinhamento do plano com a resolução e o projeto de plano de ação mundial adotado na Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde. Houve consenso em torno da ideia de que a resistência antimicrobiana, causada pelo abuso, subutilização e mau uso dos antibióticos nos tratamentos de saúde e na agricultura, constituía uma grave ameaça à saúde pública mundial, com graves implicações para a saúde humana e veterinária, a inocuidade dos alimentos, o comércio e o meio ambiente. Além disso, foi observado que a resistência microbiana aos medicamentos mais comuns à disposição atrasava o processo de cura nas pessoas, aumentava a morbidade e a mortalidade, e ampliava a possibilidade da propagação de doenças infecciosas nas populações da Região; em consequência, os governos teriam que gastar mais para ter acesso a medicamentos e terapias mais novos e, talvez, mais caros, criando uma forte pressão sobre os orçamentos nacionais.

112. Os delegados concordaram que, se não fosse enfrentada, a resistência antimicrobiana poderia solapar conquistas no campo da saúde pública. Descreveram as estratégias nacionais dos seus respectivos países para combater o fenômeno, inclusive as políticas sobre a prescrição e uso de antibióticos; a análise dos padrões de resistência; a vigilância, a prevenção e o controle das infecções relacionadas aos serviços de saúde; o monitoramento da resistência antirretroviral, a tuberculose multirresistente e a malária resistente a medicamentos; a promoção do uso racional dos medicamentos por meio da educação profissional e de campanhas de informação públicas e os esforços para combater a falsificação de medicamentos. Deu-se ênfase ao processo contínuo de vinculação entre a saúde humana e animal. Os delegados respaldaram o enfoque de “uma única saúde” e instaram pela melhoria da formação do pessoal médico e veterinário no uso racional de antibióticos e pela regulamentação do uso de antibióticos na agricultura e na indústria alimentícia.

113. Destacou-se a necessidade de colaboração internacional para combater o flagelo da resistência antimicrobiana. Vários delegados mencionaram as organizações regionais que atuam nessa área, como o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). Um delegado solicitou aos Estados Membros que unissem esforços e difundissem informações, por meio da Repartição, sobre as estratégias bem-sucedidas para conter a resistência antimicrobiana. Outros observaram que uma reunião sobre esse tema durante a Assembleia Geral das Nações Unidas em 2016 representaria uma oportunidade única

para aumentar a conscientização no nível político mais elevado e conclamou os Estados Membros a apoiar os esforços para obter uma declaração das Nações Unidas sobre a resistência antimicrobiana.

114. Um representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina instou os Estados Membros a empreender uma iniciativa conjunta para combater a resistência antimicrobiana e identificar e regulamentar as plataformas não autorizadas para a distribuição de medicamentos antimicrobianos, seja on-line ou por meio de distribuidores não licenciados.

115. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) observou que havia ficado claro nas intervenções que os Estados Membros estavam totalmente empenhados em enfrentar a questão da resistência antimicrobiana. Embora muitos Estados Membros tivessem políticas que regiam a prescrição dos antibióticos, o essencial era fazer com que fossem cumpridas. A resistência antimicrobiana era uma área mal financiada que havia sido descuidada por anos, e a Repartição tinha esperança de que mais financiamento local e nacional seria captado para fazer face ao problema por meio de um enfoque multissetorial.

116. A Repartição estava preparada para prestar cooperação técnica no intuito de apoiar os esforços dos países. A Diretora havia atribuído prioridade absoluta à questão e, para complementar o grupo consultivo técnico, havia criado recentemente um grupo de trabalho que abarcava toda a Organização, com o objetivo de trabalhar em coordenação com os departamentos, como o de Sistemas e Serviços de Saúde. Além disso, havia sido solicitado à Diretora que participasse do comitê diretor mundial sobre a resistência antimicrobiana. Ademais, a RSPA estava trabalhando em estreita colaboração com a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) nas áreas das doenças transmitidas pelos alimentos, saúde animal e uso de antibióticos nos animais.

117. A Diretora agradeceu aos Estados Membros o reconhecimento de que a resistência antimicrobiana era uma prioridade urgente de saúde pública e o empenho em fazer face ao problema e, assim, assegurar que os antimicrobianos atuais se mantivessem eficazes. O sucesso desse esforço exigiria não apenas um enfoque multissetorial, investimentos, regulamentação e fiscalização mais rigorosa, mas também sensibilização. O público deveria ser conscientizado da situação atual e dos riscos. A RSPA estava encarando essa questão com muita seriedade e havia conseguido o apoio da FAO, OIE e IICA para combatê-lo. A Diretora incentivou os ministros da Saúde a comparecerem à Reunião Interamericana de Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA) no Paraguai, em julho de 2016, quando os setores da saúde, meio ambiente e agricultura se reuniriam para discutir o enfoque de “uma única saúde” para fazer face aos desafios da saúde de seres humanos e animais.

118. Após a incorporação das várias modificações propostas, o Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R15, aprovou o plano de ação para a resistência antimicrobiana.

Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais (documento CD54/13, Rev. 1)

119. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma versão anterior do plano de ação proposto para a prevenção e controle das hepatites virais, cujo objetivo era conseguir reverter a tendência atual até 2020 e eliminar as hepatites virais como um problema de saúde pública até 2030. O Comitê havia reconhecido que as hepatites virais eram um grave problema de saúde pública mundial que exigia um enfoque amplo e havia observado com satisfação o alinhamento do plano com a resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 2014 sobre o assunto (resolução WHA67.6). Os delegados haviam destacado a importância de abordar os determinantes da saúde e as necessidades das populações vulneráveis, reduzir o estigma e a discriminação, e facilitar o acesso igualitário ao tratamento. Embora houvesse sido apontada a necessidade de ampliar a pesquisa e desenvolvimento para tornar mais acessíveis os métodos de diagnóstico e de tratamento, os delegados haviam sublinhado que a prevenção deveria ser o método principal para controlar as hepatites virais. O Comitê havia aprovado a resolução CE156.R10, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o plano de ação.

120. O Conselho Diretor acolheu o plano de ação, que destacava as hepatites B e C, em função dos seus muitos e possíveis resultados negativos. Ao reconhecer que as hepatites virais eram um grave problema de saúde pública, os delegados aplaudiram a iniciativa e observaram o alinhamento das suas linhas estratégicas de ação com as dos seus planos nacionais contra a hepatite e o plano de ação da OMS para a prevenção, atenção e tratamento das hepatites virais. Um delegado comentou que o plano de ação propunha atividades concretas para reduzir, de forma eficiente, a morbidade, a incapacidade e a mortalidade, além de posicionar a Região no rumo certo para eliminar um grave problema de saúde pública. Outros delegados observaram que o plano promoveria o diálogo com os países e entre eles sobre a elaboração e implementação de iniciativas conjuntas de prevenção e forjaria parcerias para a negociação de medicamentos a preços mais baixos.

121. Os delegados descreveram os esforços dos seus sistemas de saúde para controlar as hepatites virais, como a vacinação dos recém-nascidos e dos profissionais de saúde, o acesso universal à vacina contra a hepatite B, a triagem dos doadores de sangue e também o uso de técnicas de biologia molecular. O programa de combate à hepatite em alguns países fazia parte do programa de saúde geral e estava aliado ao programa para combater a infecção pelo HIV. Um delegado observou que as linhas estratégicas de ação do seu país continham medidas não encontradas no plano regional, como medidas ambientais para assegurar o abastecimento de água potável para o consumo humano e prevenir as hepatites A e E.

122. Os delegados também citaram muitos desafios, sobretudo o acesso a vacinas e medicamentos antivirais, cujos altos preços eram considerados injustificados e, no caso da hepatite C, impediam o acesso dos grupos vulneráveis. Houve consenso em torno da necessidade de negociações conjuntas para baixar os preços. Chamou-se a atenção para o

banco de preços da UNASUL, criado para promover o intercâmbio de informações sobre as compras de medicamentos e fornecer preços de referência para as negociações com os laboratórios farmacêuticos.

123. Os delegados concordaram com a necessidade de atribuir caráter prioritário às hepatites virais e solicitaram o fortalecimento dos programas nacionais. Destacaram que contar com dados atuais e históricos sobre o comportamento da hepatite era importante para a tomada de decisões. Outras necessidades citadas foram a capacitação para funcionários da área de saúde, assistência técnica, comunicação para aumentar a conscientização entre os grupos de risco e apoio regional e internacional.

124. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) explicou que, uma vez que o plano se concentrava, sobretudo, nas hepatites B e C, a questão da água contaminada e sua associação com as hepatite A e E não haviam sido mencionadas no documento; contudo, a Repartição tinha um programa de água e saneamento em Lima (Peru), e uma equipe regional de engenheiros sanitários estava considerando a questão com o objetivo de melhorar o acesso a água e saneamento de qualidade nas Américas. Cerca de 20 milhões de pessoas na América Latina viviam com a hepatite B e hepatite C crônicas, que respondiam por 89% das mortes causadas pela doença. Não havia dúvida de que as hepatites virais eram um grave problema de saúde pública na Região e, portanto, uma área prioritária de ação para a Repartição.

125. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R7, aprovou o plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais.

Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde (documento CD54/14, Rev. 1)

126. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) recordou que a estratégia proposta sobre a legislação relacionada com a saúde havia sido lançada inicialmente em 2014, mas não havia sido adotada porque o Conselho Diretor não havia conseguido chegar a um consenso sobre vários dos seus aspectos.² Desde então, várias consultas e negociações haviam sido realizadas, sob a liderança do Uruguai e El Salvador. O documento apresentado ao Comitê Executivo em junho refletia os acordos alcançados durante esse processo.

127. O Comitê havia considerado que o texto revisto era mais forte, levava em consideração a disparidade dos contextos e necessidades nacionais e oferecia mais flexibilidade. No entanto, havia sido assinalado que, embora as iniciativas de muitos Estados Membros houvessem adotado enfoques baseados nos direitos para atingir a cobertura universal de saúde, o reconhecimento dos direitos relacionados com a saúde e sua execução variavam segundo os contextos nacionais. Havia sido propostos alguns

² A estratégia foi apresentada inicialmente ao Comitê Executivo em 2014, na sua 154ª sessão. Uma versão revista foi apresentada posteriormente ao 53º Conselho Diretor, mas não foi aprovada. O Conselho decidiu criar um grupo de trabalho, com o Uruguai como Presidente e El Salvador como Vice-presidente, para continuar a refinar a estratégia para reapresentá-la ao Comitê Executivo na sua 156ª Sessão. Ver o Documento CD53/FR (2014).

ajustes na redação da estratégia para refletir esse fato e alinhá-la com a redação acordada anteriormente na Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde, além de outras estratégias da OPAS. A estratégia e o projeto de resolução correspondente foram revisados nesse sentido, e o Comitê Executivo havia aprovado a resolução CE156.R11, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse a estratégia.

128. O Conselho Diretor acolheu a estratégia revista e agradeceu ao Uruguai e a El Salvador a liderança nas consultas sobre a estratégia. Os delegados foram da opinião de que a estratégia revista permitiria que a Repartição ajudasse mais os países, quando estes o solicitassem, a melhorar seus quadros jurídicos e regulatórios, fortalecer suas instituições nacionais e apoiar seus esforços para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde; a estratégia também poderia ser uma ferramenta importante para fomentar a implementação dos compromissos assumidos pelos Estados Membros nos termos das resoluções dos Órgãos Diretores da OPAS e da OMS. Os delegados também consideraram que a estratégia revista oferecia a flexibilidade necessária para permitir aos Estados Membros adaptá-la facilmente aos seus contextos nacionais.

129. Reconheceu-se a importância de fortalecer os quadros jurídicos para promover e proteger a saúde, pois uma das funções da OPAS era facilitar o intercâmbio das melhores práticas nesse sentido. A esse respeito, sugeriu-se a utilidade de formar, sob a coordenação do Escritório de Assessoria Jurídico da Repartição, uma rede regional de advogados, assessores legislativos, pesquisadores, acadêmicos e representantes de instituições de saúde com o propósito de trocar experiências e informações para criar uma base de dados sobre a legislação relacionada com a saúde. A rede também poderia servir de fórum para oferecer orientação e capacitação, bem como para promover a pesquisa aplicada com relação a questões de saúde específicas.

130. Algumas alterações na redação foram propostas com o intuito de esclarecer ou ampliar diversos aspectos da estratégia. Uma das propostas relacionadas com um trecho no parágrafo 3 dizia: "... vários Estados Membros da OPAS vêm fortalecendo seus sistemas de saúde, inclusive com base na perspectiva do direito à saúde, onde ele é nacionalmente reconhecido, e promovendo o direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde". Foi assinalado, porém, que esse trecho já havia sido objeto de extenso debate e que já se havia chegado a um consenso sobre a redação.

131. O Delegado do Panamá observou que seu governo sediaria o segundo Congresso das Comissões Parlamentares de Saúde das Américas em 2016. Esse evento seria uma oportunidade para demonstrar os primeiros avanços obtidos de acordo com a estratégia.

132. Uma representante da Aliança Internacional das Organizações de Pacientes enfatizou a importância de quadros jurídicos e legislações rigorosos para assegurar que todos os pacientes tivessem acesso a medicamentos e outros tratamentos seguros, eficazes e apropriados. Ademais, salientou a necessidade de levar em consideração os pontos de vista dos pacientes e do público em geral ao avaliar as novas tecnologias em saúde, além de envolvê-los na formulação de políticas e tomada de decisões relacionadas à saúde e aos sistemas de saúde.

133. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA), após reunir-se com as delegações que haviam proposto as modificações na estratégia, anunciou que havia sido acordado manter a redação do trecho do parágrafo 3 relacionado ao direito à saúde, que reproduzia a redação que havia sido negociada e acordada em 2014 durante os debates sobre a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde.³ Duas mudanças menores na redação haviam sido feitas e agora havia pleno consenso em torno dos textos da estratégia e do projeto de resolução. Ela agradeceu a todos os representantes dos Estados Membros que haviam participado das extensas consultas sobre a estratégia, bem como ao Uruguai e a El Salvador por liderarem o processo de consulta. A Assessora acolheu a proposta de uma rede regional de advogados e outros especialistas, que se basearia no trabalho iniciado durante o primeiro Congresso das Comissões Parlamentares de Saúde, observando que era precisamente o tipo de atividade que a estratégia pretendia promover.

134. A Diretora também estendeu seu agradecimento aos Estados Membros pela sua disposição de transigir de modo a chegar ao consenso em torno da estratégia.

135. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R9, aprovou a estratégia.

O fenômeno El Niño 2015-2016 na Região das Américas (documento CD54/22)

136. O Dr. Víctor Raúl Cuba Oré (Peru), após manifestar seu agradecimento ao Conselho Diretor por haver concordado em acrescentar esse tema à agenda, explicou que o fenômeno El Niño era um dos eventos climáticos mais significativos que afetavam os países da Região, em especial os países da América do Sul. Aparentemente, os efeitos do El Niño em 2015-2016 seriam especialmente graves, e a preparação, resposta e recuperação constituiriam um enorme desafio para a Região. Isso exigiria medidas para proteger a infraestrutura e zelar pela continuidade dos serviços de saúde para a população, sobretudo durante a fase de maior impacto do fenômeno.

137. As ações propostas no documento CD54/22 e no respectivo projeto de resolução tirariam partido das medidas já tomadas pelos governos para fortalecer sua capacidade de prevenção e resposta e para aumentar a resiliência dos seus sistemas de saúde. O projeto de resolução instava a Diretora a usar o potencial institucional da Organização para ajudar os Estados Membros a compilar evidências e aumentar a capacidade para melhorar a preparação contra o El Niño e outros eventos futuros que pudessem ameaçar a saúde na Região.

138. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) afirmou que as previsões eram de que o El Niño tivesse consequências possivelmente catastróficas em 2015-2016, sobretudo para a infraestrutura de saúde e que, portanto, era necessária uma intensa preparação.

³ Ver o Documento CD53/5, Rev. 2 (2014) e a Resolução CD53.R14 (2014).

139. No debate que se seguiu, embora tenham acolhido a iniciativa do Peru e reconhecido a necessidade de preparar-se para o El Niño 2015-2016, vários delegados assinalaram que muitas das atividades contempladas no documento e projeto de resolução já estavam cobertas em estratégias e planos de ação existentes. Os delegados também consideraram que necessitavam de mais tempo para divulgar o documento e a resolução entre os especialistas no tema nos seus respectivos governos. Sugeriu-se que talvez fosse mais útil redigir um documento e resolução mais amplos, abrangendo esses fenômenos em geral e não apenas o El Niño de 2015-2016 especificamente. Além disso, foi ressaltado que o foco geográfico do documento deveria ser mais amplo, uma vez que o El Niño afetava tanto a América do Norte como a América do Sul.

140. A Diretora confirmou que a Repartição estava pronta para continuar a ajudar os países em épocas de desastre, sem a necessidade de uma resolução específica que a instasse a fazê-lo. Conforme assinalado, vários planos de ação já existiam, e a Repartição já trabalhava com países em todas as sub-regiões para ampliar-lhes a capacidade para preparação, resposta, mitigação e reabilitação em casos de desastre. Ela concordou que talvez fosse útil considerar uma proposta de fortalecimento da resposta regional à mudança climática e a eventos climáticos graves de modo geral.

141. O Conselho Diretor aprovou a decisão CD54(D6), tomando nota dos possíveis impactos graves do El Niño 2015-2016 para a saúde, instando os Estados Membros a atualizar seus planos para fazer face a eventos hidrometeorológicos extremos como o El Niño e solicitando à Diretora o fortalecimento da cooperação técnica com os Estados Membros em preparação para o El Niño 2015-2016.

Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015 (documento CD54/23)

142. O Sr. Carlos Andrés Emanuele (Equador), falando como presidente do grupo de trabalho encarregado de formular o documento e respectivo projeto de resolução, observou que os debates do grupo de trabalho haviam destacado a complexidade de estimar a mortalidade materna. Além disso, manifestou seu agradecimento aos membros do grupo de trabalho pela sua participação proativa e construtiva.

143. No debate que se seguiu, os delegados expressaram forte apoio ao projeto de resolução e manifestaram seu agradecimento ao Equador por haver levantado a questão e liderado as deliberações do grupo de trabalho. Os delegados reconheceram a complexidade de estimar a mortalidade materna e observaram que o método aplicado pelo Grupo Interinstitucional para Estimación da Mortalidade Materna talvez produzisse resultados diferentes das estimativas da mortalidade materna produzidos pelos Estados Membros. Enfatizou-se que os Estados Membros deveriam ter sido consultados sobre toda mudança no método de estimação no período 1990-2015, sobretudo porque o método revisto recomendado pelo Grupo Interinstitucional poderia afetar a avaliação do progresso rumo à consecução da meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio pertinente. Um delegado observou que era importante não alterar as condições em um momento decisivo em que os Estados Membros estavam trabalhando muito para alcançar

a meta da mortalidade materna antes do prazo de 2015. A importância da consulta com os países sobre o método de medição para todos os indicadores relacionados com a saúde, inclusive aqueles a serem definidos para os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, também foi ressaltada.

144. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) anunciou que uma reunião seria realizada na Costa Rica, em outubro de 2015, e proporcionaria aos Estados Membros a oportunidade para discutir a metodologia de estimação da mortalidade materna com pessoal da Secretaria da OMS. Assegurou ao Conselho que a Repartição faria tudo que estivesse ao seu alcance para garantir que os pontos de vista dos Estados Membros fossem devidamente considerados.

145. A Diretora agradeceu aos Estados Membros sua liderança na questão e os incentivou a informarem suas missões em Genebra da resolução do Conselho Diretor.

146. O Conselho Diretor aprovou a resolução CD54.R18, instando a OMS, entre outras coisas, a realizar seminários com os Estados Membros sobre a metodologia revista de estimação da mortalidade materna, prorrogar a publicação das estimativas para depois dos seminários e elaborar um documento que explicasse as diferenças entre os métodos e o motivo para a revisão.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas (documentos CD54/15 e Add. I)

147. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA), após salientar que o documento CD54/15 e Add. I, continha informações atualizadas até 21 de setembro de 2015, informou que, desde essa data, a Repartição havia recebido novos pagamentos, de US\$ 770 da República Dominicana, US\$ 81.838 do Paraguai e US\$ 3.146 do Reino Unido. Um total de 89% das contribuições fixas de anos anteriores havia sido recebido, deixando pendente uma soma de US\$ 4,3 milhões. Nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

148. O índice de pagamento das contribuições fixas do ano em curso havia continuado seu declínio desde 2011, quando havia alcançado um nível de 60%. Das contribuições fixas de 2015, haviam sido recebidos US\$ 48,1 milhões, o correspondente a 45,5% do total, até 21 de setembro, com 25 Estados Membros havendo saldado as suas contribuições integralmente. Devido a essa insuficiência, havia sido necessário recorrer ao Fundo de Capital de Giro, cujo saldo total agora montava a apenas US\$ 11,4 milhões.

149. A Diretora manifestou o agradecimento da Organização pelas contribuições recebidas até então e, ao mesmo tempo, fez um apelo aos Estados Membros ainda em atraso para que acelerassem os seus pagamentos para permitir que a Organização executasse todos os mandatos atribuídos a ela pelos Estados Membros.

150. O Conselho aprovou a resolução CD54.R1, manifestando seu agradecimento aos Estados Membros que já haviam efetuado os pagamentos referentes a 2015 e instando todos os Estados Membros a cumprirem suas obrigações financeiras com a Organização de forma ágil.

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo Correspondentes a 2014 (Documento Oficial 349)

151. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia sido informado de que o Auditor Externo havia publicado um parecer de auditoria sem ressalvas sobre as demonstrações financeiras da Organização referentes a 2014. O Comitê também havia sido informado de que as contribuições fixas da OPAS haviam permanecido estáveis de 2012 a 2014 e que as receitas diversas haviam aumentado entre 2013 e 2014, em consequência, sobretudo, da receita de juros de investimentos no Brasil. As contribuições voluntárias da OMS também haviam permanecido relativamente estáveis, mas as contribuições voluntárias para a OPAS haviam caído mais de 50% de 2012 a 2014, passando de US\$ 93,7 milhões para US\$ 40,9 milhões.

152. Em resposta às perguntas e dúvidas do Comitê, havia sido explicado que o aumento dos gastos com viagens entre 2012 e 2014 se devia, principalmente, à implementação do projeto *Mais Médicos* no Brasil. Também havia sido explicado que, para todos os projetos financiados com contribuições voluntárias nacionais, todo custo diretamente atribuível às atividades do projeto era cobrado diretamente do projeto. A Repartição cobrava uma taxa de apoio aos programas para cobrir outros custos relacionados com os projetos e, assim, assegurava que todos os custos dos projetos estavam cobertos sem necessidade de nenhum subsídio cruzado do orçamento ordinário da Organização. Também havia sido explicado que, em determinadas ocasiões, eram concedidos contratos de fonte única porque algumas das vacinas oferecidas por meio do Fundo Rotativo eram adquiridas de um único fornecedor, e que a escolha de fornecedores da Repartição às vezes também era limitada por restrições de tempo. Contudo, todos os contratos de fonte única eram examinados detalhadamente para garantir que eram justificados.

153. O Comitê havia elogiado os esforços da Repartição para implementar as recomendações de auditorias passadas e a instava a tomar providências relativamente a todas as recomendações mais recentes. Havia sido considerado de especial importância pôr em prática as recomendações relacionadas com a gestão dos riscos institucionais.

154. O Conselho Diretor considerou que os processos internos e externos de auditoria eram importantes para a prestação de contas e a transparência na Organização. Além disso, instou a Repartição a cumprir as recomendações do auditor externo, do auditor interno e do Comitê de Auditoria da OPAS. Os esforços para fortalecer uma cultura de avaliação na Organização foram bem acolhidos.

155. Solicitaram-se esclarecimentos com respeito a várias questões, como a razão pela qual o nível de execução de recursos do programa da OMS havia sido menor em 2014 do que em 2013, o que estava sendo feito para abordar a questão levantada no relatório sobre a falta de execução das contribuições voluntárias e a consequente devolução de recursos para os doadores, e as medidas que estavam sendo tomadas para evitar a perda do conhecimento institucional dos aposentados, o que era considerado de importância capital para que a Organização mantivesse seus elevados padrões técnicos. Sugeriu-se que fosse elaborada uma análise dos riscos associados à aposentadoria iminente de um terço dos gerentes executivos da Repartição e que se revisse a Estratégia de Recursos Humanos da RSPA para dar mais ênfase à capacitação de novos gerentes. Solicitaram-se informações específicas sobre o número e tipo de cargos que estariam vagos e o prazo estimado para as novas contratações.

156. Solicitaram-se também informações sobre as razões para os níveis relativamente baixos de desembolso em algumas áreas programáticas e para o aumento dos custos dos cursos e seminários mostrados na Tabela 16. Sugeriu-se que a Repartição fizesse uma análise dos riscos e desafios em termos de gestão associados à elevação substancial das receitas geradas por meio das contribuições voluntárias. O fato de que o sistema do PMIS ainda não estava em plena operação foi considerado motivo de preocupação, e destacou-se a importância de cumprir com o cronograma para a finalização do projeto.

157. A delegada do Brasil, ao observar que o Comitê Executivo havia demonstrado certa preocupação acerca do programa *Mais Médicos*, explicou que o projeto era uma atividade de cooperação triangular de duração limitada envolvendo o Brasil, Cuba e a OPAS. O objetivo era melhorar a capacidade dos profissionais médicos e ampliar o acesso à atenção primária à saúde. Em 2015, mais de 63 milhões de brasileiros haviam obtido acesso a assistência, e os indicadores de saúde e a qualidade de vida das populações atendidas haviam melhorado. Além da oferta de médicos a curto prazo, o programa também proporcionava investimentos em infraestrutura e formação médica no Brasil. A consequente ampliação dos serviços de atenção primária à saúde não tinha precedentes em nenhum outro lugar do mundo. Ela convidou os delegados a comparecerem a uma sessão paralela em que seriam apresentadas mais informações sobre o projeto.

158. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) agradeceu à delegação do Brasil as informações prestadas sobre o programa *Mais Médicos*, que praticamente respondia pela totalidade do aumento das contribuições voluntárias mencionadas. Assegurou ao Conselho que a Repartição havia dedicado muito esforço à gestão de riscos e à execução de todas as recomendações de auditoria interna e externa com relação ao programa. Ademais, agradeceu ao Governo do Brasil a ajuda nesses esforços. Com respeito ao risco dos subsídios cruzados para os projetos de contribuições voluntárias, a Repartição havia oferecido um programa de formação muito rigoroso aos gerentes das representações nos países para assegurar que compreendessem como atribuir os custos diretos dos projetos aos recursos dos próprios projetos e ficou satisfeito porque não seriam usados recursos do orçamento ordinário para subsidiar tais projetos.

159. No tocante à execução dos recursos atribuídos à OPAS pela OMS, explicou que as diferenças entre 2013 e 2014 refletiam a diferença no fluxo dos recursos entre o segundo ano de um biênio e o primeiro ano do biênio seguinte. No relatório financeiro referente a 2015, a Repartição esperava ver um aumento significativo do fluxo de recursos da OMS para a OPAS, de modo que, ao fim de 2016, a situação seria semelhante à de biênios anteriores.

160. Com respeito à pergunta sobre os cursos e seminários, os números apresentados na Tabela 16 refletiam uma prática que havia sido seguida por muitos anos na contabilidade da Organização, segundo a qual todos os gastos relacionados a cursos e seminários, fossem para materiais, equipamento, contratos ou viagens, haviam sido informados nos relatórios em conjunto na categoria de viagens. As práticas contábeis haviam sido ajustadas para o próximo biênio a fim de que os custos associados aos cursos e seminários futuros fossem incluídos em categorias de gasto separadas, o que proporcionaria uma contabilidade mais transparente e confiável aos Estados Membros.

161. Os funcionários da Repartição estavam acompanhando o projeto do PMIS diariamente e a direção executiva examinava o andamento mensalmente ou com mais frequência, conforme necessário. Além disso, entre essas reuniões, informava pessoalmente à Diretora qualquer ação necessária para assegurar que o projeto fosse mantido dentro do prazo. Atualmente, os testes da segunda fase estavam em andamento, e essa fase entraria em funcionamento no dia 1^o de janeiro de 2016. Quanto à aposentadoria iminente de funcionários graduados, a Estratégia de Recursos Humanos⁴ da Repartição havia sido concluída e fora elaborado um documento para informar os delegados do que a Repartição estava fazendo no que diz respeito à memória institucional, ao planejamento sucessório no caso dos funcionários em vias de se aposentar e ao alinhamento dos recursos humanos da Organização com as suas prioridades estratégicas.

162. A Diretora, ao agradecer aos delegados seu grande interesse no relatório financeiro, ressaltou que a Repartição zelava para que todos os custos e necessidades de pessoal relacionados com a implementação dos projetos financiados com as contribuições voluntárias nacionais fossem cobertos pelos recursos do projeto. Com respeito às porcentagens alocadas a diversas áreas do programa, assegurou ao Conselho que os recursos haviam sido alocados de acordo com as prioridades estabelecidas pelos Estados Membros nos termos do Plano Estratégico da OPAS e também no plano de trabalho e orçamento bienal. No tocante à taxa de execução relativamente baixa em 2014, cabia assinalar que a Repartição havia enfrentado um grande desafio em termos de fluxo de caixa devido à redução de US\$ 50 milhões no orçamento da Organização para o biênio. Para fazer face a essa redução, a Repartição havia dado grande ênfase à redução dos recursos humanos e, assim, o pessoal remanescente teve que empregar novos métodos para poder prestar a cooperação técnica. Os atrasos na contratação de recursos humanos apropriados para substituir os consultores nacionais cujos contratos haviam chegado ao fim tinha criado um desafio adicional.

⁴ Ver o Documento CE156/31 (2014).

163. A Repartição usava processos de contratação de pessoal transparentes e bem definidos e os revia constantemente para assegurar sua conformidade com normas de transparência. Os anúncios de emprego da RSPA eram divulgados no website da Organização e em outros sites. Além disso, a Diretora apelou aos Estados Membros que fizessem um esforço especial para identificar profissionais altamente competentes em âmbito nacional e incentivá-los a se candidatarem a essas vagas.

164. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Proposta para o uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento (documento CD54/16)

165. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia considerado uma proposta para o uso do saldo não apropriado do excedente que havia restado após a implementação das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) em 2010 e um excedente do orçamento ordinário que restara ao fim de 2014. A Repartição havia proposto usar os recursos excedentes para investir no apoio à implementação da Estratégia de Tecnologia da Informação da RSPA e à implementação da Estratégia de Recursos Humanos da RSPA. O Comitê Executivo havia apoiado os usos propostos para esses recursos, sobretudo os projetos de tecnologia da informação (TI). Foi ressaltado, porém, que muitos desses projetos continuavam sem financiamento, e haviam sido solicitadas informações sobre os planos da Repartição para o financiamento a longo prazo das necessidades de tecnologia da informação.

166. Em resposta, havia sido explicado que a Estratégia de Tecnologia da Informação oferecia sugestões com respeito ao nível de financiamento que a Repartição deveria destinar às necessidades de TI e como os recursos deveriam ser distribuídos entre os projetos para manter os sistemas existentes em operação e permitir à Repartição implantar sistemas novos e ampliar as suas capacidades de TI. O financiamento para esses projetos seria alocado como parte do processo orçamentário normal para cada biênio, a partir do período 2016-2017.

167. No debate que se seguiu, manifestou-se apoio à proposta, pois ela ajudaria o pessoal a lidar com a evolução tecnológica e melhorar as informações sobre saúde pública para os Estados Membros.

168. O Conselho Diretor, mediante a resolução CD54.R13, aprovou a alocação de US\$ 2.000.000 do excedente das IPSAS e do excedente orçamentário para a implementação da Estratégia de Tecnologia da Informação e os US\$ 1.055.178 restantes para a implementação da Estratégia de Recursos Humanos.

Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras da OPAS (documento CD54/17)

169. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado várias propostas de modificação do Regulamento

Financeiro da OPAS, todas as quais correspondiam à mudança para um Programa e Orçamento integrado (ver os parágrafos 28 a 45 acima), e havia recomendado que o Conselho Diretor as aprovasse.

170. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) confirmou que as mudanças das regras tinham como objetivo apoiar a adoção de um orçamento integrado. Foram feitas mudanças em alguns termos e também foi sanada uma das questões levantadas pelo Comitê Executivo, a saber, que o Fundo de Capital de Giro apenas deveria ser usado para suprir necessidades temporárias de recursos relacionadas com um atraso no recebimento de contribuições fixas ou de receitas diversas orçadas.

171. No debate que se seguiu, reconheceu-se que as mudanças propostas permitiriam mais flexibilidade na alocação dos recursos para áreas prioritárias, o que poderia ajudar a acelerar a conquista dos resultados programáticos nos Estados Membros.

172. O Conselho, mediante a resolução CD54.R3, aprovou as mudanças do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras.

Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017 (documento CD54/18, Rev. 1)

173. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que, durante a sessão de junho, o Comitê Executivo havia sido informado de que o mandato do atual auditor externo da OPAS, o Tribunal de Contas da Espanha, expiraria no fim do biênio atual. Para preservar a continuidade enquanto o projeto do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA estava sendo concluído, a Repartição havia indicado que o atual auditor externo deveria ser mantido por mais um biênio. O Tribunal de Contas da Espanha havia manifestado sua disposição de continuar a exercer essa função.

174. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) disse que a nomeação do auditor externo era uma função muito importante do Conselho Diretor, que dependia do auditor externo para assegurar que a Organização estava seguindo todas as regulamentações exigidas e que o relatório financeiro era exato. Como a Repartição estava recomendando que o Tribunal de Contas da Espanha fosse mantido como auditor externo apenas para o próximo biênio, a procura por um sucessor começaria em 2016. A Repartição esperava que os Estados Membros ajudassem ao apresentar sugestões de instituições que pudessem servir como novo auditor externo.

175. O Conselho Diretor aprovou a resolução CD54.R14, nomeando o Tribunal de Contas da Espanha para servir como auditor externo da Organização no biênio 2016-2017.

Seleção de Estados Membros para comissões e comitês

Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial (documento CD54/19)

176. O Conselho Diretor selecionou o Peru e a República Bolivariana da Venezuela para indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial por um mandato, com início no dia 1º de janeiro de 2016 e encerramento no dia 31 de dezembro de 2018 (decisão CD54[D5]).

Eleição de três membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (documento CD54/20)

177. O Conselho Diretor declarou a Argentina, a Jamaica e o Peru eleitos membros do Comitê Consultivo do BIREME por um mandato de três anos, com início no dia 1º de janeiro de 2016 (resolução CD54.R5).

Assuntos para informação

Metas regionais em matéria de recursos humanos para a Saúde 2007-2015: relatório final e Relatório sobre o desenvolvimento da Estratégia mundial sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030 (documentos CD54/INF/1 e Add. I)

178. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que, após examinarem o relatório sobre o progresso rumo à consecução das 20 metas regionais para os recursos humanos em saúde adotadas em 2007 (documento CD54/INF/1), os membros do Comitê Executivo haviam afirmado seu compromisso com o fortalecimento da força de trabalho da saúde e enfatizado a necessidade de esforços constantes para desenvolver recursos humanos como um requisito essencial para o avanço da cobertura universal de saúde. A Diretora havia sugerido que seria aconselhável formular um novo plano, fundamentado nas lições extraídas das iniciativas empreendidas para alcançar as metas regionais e fazer face às deficiências reveladas pela avaliação do progresso.

179. O Dr. James Campbell (Diretor, Departamento de Pessoal na Área de Saúde, OMS, e Diretor-Executivo, Aliança Global para a Força de Trabalho em Saúde) apresentou o projeto da Estratégia mundial sobre recursos humanos para saúde (documento CD54/INF/1, Add. I) e recordou que o impulso para seu desenvolvimento havia sido a Declaração Política de Recife sobre os Recursos Humanos em Saúde, adotada em 2013, durante o Terceiro Fórum Global sobre Recursos Humanos em Saúde e endossada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2014, por meio da resolução WHA67.24. O projeto de estratégia havia sido elaborado com base em evidências com

respeito aos problemas e desafios fundamentais que precisavam ser abordados para alcançar a cobertura universal de saúde no contexto dos novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Agora estavam sendo coletadas as opiniões dos Estados Membros durante as sessões dos comitês regionais e por meio de consultorias regionais técnicas e de consultas on-line. Além disso, estavam sendo solicitadas opiniões de associações profissionais, profissionais de saúde nos setores público e privado, e outros interessados diretos, uma vez que o fortalecimento da força de trabalho em saúde seria um esforço multissetorial.

180. Nas Américas, uma consulta técnica feita em Buenos Aires em setembro de 2015 havia proporcionado a oportunidade para examinar as lições extraídas da execução do Chamado à Ação de Toronto: Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde nas Américas, 2006-2015 e para identificar novos desafios no futuro. Essas discussões haviam destacado a importância de fortalecer a atenção primária à saúde ao reexaminar, entre outras coisas, os modelos de atenção e de atendimento, além dos requisitos educacionais para os profissionais de saúde. Também foram tratados os temas da migração internacional dos profissionais de saúde e dos direitos e segurança ocupacional desses profissionais. O relatório da consulta de Buenos Aires seria incorporado à próxima versão do projeto de estratégia mundial, que seria debatida em uma sessão de orientação com as missões permanentes dos Estados Membros em Genebra, no fim de outubro. Em seguida, a estratégia seria revisada novamente antes da sua apresentação ao Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2016.

181. O projeto de estratégia propunha quatro objetivos centrais destinados a alcançar a cobertura universal de saúde, suprir a demanda atual e futura por recursos humanos em saúde, ampliar a capacidade institucional para a administração de RH e melhorar os dados sobre recursos humanos em saúde e as evidências e seu uso para a formulação de políticas. A estratégia reconhecia que o investimento nos recursos humanos em saúde teria um retorno triplo, uma vez que não apenas melhoraria a saúde da população e garantiria a segurança sanitária mundial, mas também seria uma alavanca fundamental para o crescimento socioeconômico.

182. No debate que se seguiu, os delegados destacaram que era crucial contar com um número suficiente de profissionais de saúde para a segurança sanitária mundial e para a consecução do objetivo do acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde. Os delegados também salientaram a necessidade de as políticas garantirem o desenvolvimento e a retenção dos profissionais de saúde, além de incentivos eficazes, tanto econômicos como de outros tipos, para atrair profissionais de saúde para áreas mal atendidas. Considerou-se de especial importância encontrar maneiras de persuadir um maior número de médicos para trabalharem no nível de atenção primária nos meios rurais. Além disso, foi considerado essencial o planejamento adequado da força de trabalho de saúde, assim como a pesquisa para embasar o planejamento, especialmente estudos destinados a identificar brechas em termos de recursos humanos.

183. Os delegados também ressaltaram a importância da colaboração intersetorial para assegurar a oferta suficiente de profissionais de saúde devidamente capacitados para

suprir as necessidades atuais e futuras. A colaboração com o setor da educação era vista como de especial importância. Sugeriu-se que, para aumentar a disponibilidade de profissionais de saúde em áreas com escassez, seria útil estabelecer programas locais de formação profissional para capacitar mais pessoal dessas áreas. A esse respeito, uma delegada informou que seu governo havia destinado financiamento para custear cargos vagos de residência em medicina familiar em comunidades rurais e remotas, além de um programa de alívio da dívida do crédito estudantil, que beneficiaria novos médicos de família e enfermeiros dispostos a trabalhar nessas áreas. Outro delegado disse que seu país estava adotando programas de capacitação conjuntos com outros países da Comunidade do Caribe.

184. Uma representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina, ao observar que o aspecto dos recursos humanos dos sistemas de saúde costumava ser menosprezado em termos de planejamento e financiamento, destacou a importância dos sistemas de garantia da qualidade para os programas de educação e formação profissional em medicina, inclusive as normas de qualidade uniforme, os esquemas de credenciamento e os métodos para o monitoramento da qualidade.

185. O Dr. Campbell, acolheu as informações sobre os esforços dos Estados Membros no que se refere aos recursos humanos e observou que muitos aspectos do projeto de estratégia mundial haviam sido extraídos das melhores práticas adotadas nos países das Américas. Acrescentou que várias organizações internacionais estavam fazendo um estudo com objetivo de quantificar as necessidades em matéria de recursos humanos em saúde, cujos resultados, segundo se previa, estariam disponíveis a tempo da reunião de janeiro de 2016 do Conselho Executivo.

186. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) disse que, embora avanços significativos houvessem sido obtidos rumo à consecução das Metas Regionais de Recursos Humanos em Saúde 2007-2015, ainda havia muito por fazer, como ficara claro durante a consulta regional em Buenos Aires. Os participantes dessa reunião haviam enfatizado a necessidade de fortalecer as políticas de recursos humanos em saúde, a governança e o planejamento para superar os desafios que a Região continuava a enfrentar com respeito à distribuição equitativa dos recursos humanos e ao acesso aos serviços de saúde. A consulta também havia salientado a necessidade de reforçar a colaboração entre os setores de saúde e de educação para que a capacitação dos profissionais de saúde fosse direcionada de modo a suprir as necessidades identificadas pelo setor da saúde. A Repartição esperava ansiosamente continuar a trabalhar com os Estados Membros para impulsionar tanto as agendas mundiais como as regionais em prol dos recursos humanos.

187. A Diretora afirmou que, sem um número suficiente de profissionais de saúde bem capacitados, bem distribuídos e motivados, seria impossível alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Era essencial fazer face às disparidades na disponibilidade e distribuição de profissionais de saúde e a falta de sintonia entre a geração de profissionais de saúde e as necessidades dos sistemas de saúde. Foi de especial importância assegurar a combinação adequada dos profissionais de saúde e

motivar um maior número desses profissionais a seguirem carreiras no nível da atenção primária. Eram necessários incentivos para esse fim, como oportunidades para o avanço na carreira para os médicos da atenção primária. Para conseguir tudo isso, seria indispensável contar com políticas vigorosas de recursos humanos e governança, além de investimento adequado em recursos humanos.

188. O Conselho tomou nota do relatório.

Avaliação do plano de ação para a implementação da política de igualdade de gênero e linhas estratégicas de ação propostas (documento CD54/INF/2)

189. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado um relatório sobre o progresso alcançado na Região nos 10 anos desde a adoção da Política de Igualdade de Gênero da OPAS. Embora consideráveis avanços houvessem sido obtidos, ainda restavam desafios, sobretudo com respeito a financiamento, sustentabilidade dos esforços para a incorporação das questões de gênero e monitoramento do compromisso do setor da saúde com a incorporação da perspectiva de gênero. O relatório havia proposto três linhas estratégicas de ação para o período 2015-2019, destinadas a fazer face a esses desafios e responder às necessidades atuais identificadas pelos Estados Membros. Havia sido explicado que as linhas estratégicas de ação não constituíam um novo mandato ou plano de ação; antes, seu objetivo era reforçar e continuar o trabalho realizado pelos Estados Membros e pela Repartição no âmbito do Plano de Ação.

190. O Comitê Executivo havia acolhido o progresso feito na implementação da Política de Igualdade de Gênero e reconhecido a necessidade de continuar a trabalhar para atingir plenamente as metas dessa política. Os delegados haviam reafirmado o compromisso dos seus governos com a igualdade de gênero e descrito seus esforços nesse sentido. As linhas estratégicas de ação propostas para 2015-2019 haviam recebido apoio. A Diretora havia sugerido que deveria ser feita uma avaliação independente da situação da igualdade de gênero 10 anos após a adoção da política.

191. O Conselho Diretor acolheu os esforços da OPAS para fortalecer a capacidade em termos de gênero e saúde e manifestou seu apoio às novas linhas estratégicas de ação. Os oradores destacaram a importância das atividades de pesquisa e coleta de dados desagregados por gênero, tanto para entender as causas das disparidades no acesso à atenção à saúde e nos resultados em matéria de saúde, como para formular políticas para abordá-las. Considerou-se de especial importância compilar dados sobre a orientação sexual e a identidade de gênero para melhorar a compreensão das disparidades em termos de saúde na comunidade de lésbicas, homossexuais, bissexuais e transexuais (LGBT). Ressaltou-se a necessidade de assegurar que todas as pessoas, independentemente da sua identidade de gênero ou orientação sexual, recebessem tratamento igualitário nos serviços de saúde, e se esperava que a capacitação dos profissionais de saúde com esse fim fosse incluída entre as novas linhas estratégicas de ação.

192. Vários delegados descreveram a situação da igualdade de gênero no campo da saúde nos seus países e alguns observaram a integração das considerações em matéria de gênero nos programas de saúde, enquanto outros enfatizaram o compromisso dos seus governos de buscar seus próprios planos de ação para alcançar a plena igualdade de gênero na saúde. Uma representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina assinalou que as mulheres ainda estavam sub-representadas nas funções de liderança no setor da saúde e, portanto, era necessário ampliar os esforços para promover a igualdade de gênero por meio do aumento da autonomia das mulheres e da defesa dos seus direitos.

193. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Diretor Interino, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA), ao observar que a avaliação mencionada no relatório do Comitê Executivo seria feita durante o biênio 2016-2017, disse que o progresso coletivo na Região refletia claramente os esforços e o compromisso dos Estados Membros. No entanto, muito trabalho ainda precisava ser feito e, por esse motivo, a Repartição estava propondo as três linhas de ação específicas enumeradas no relatório. Era importante assegurar que as políticas sobre a igualdade de gênero fossem traduzidas em medidas que produzissem resultados concretos. A Repartição estava comprometida com a consecução da igualdade de gênero, trabalhando por meio de equipes transversais e colaborando com os Estados Membros.

194. A Diretora assinalou que todos os planos e políticas elaborados pela Repartição eram examinados pela sua Unidade de Gênero e Diversidade Cultural para assegurar que incorporassem uma perspectiva de gênero. O ponto de vista do gênero também era aplicado no monitoramento da implementação dos planos de ação e do programa geral de trabalho. Acrescentou que a Repartição estava tratando com muita seriedade a questão da saúde das pessoas LGBT e do seu acesso aos serviços de saúde. Havia ocorrido uma primeira reunião regional sobre o tema, que havia gerado novas parcerias e identificado as áreas prioritárias para ação. Além disso, a Repartição estava desagregando seus próprios dados por gênero, como havia sido solicitado. Ela observou que, embora grande parte do trabalho até agora com relação à igualdade de gênero houvesse se concentrado corretamente nas mulheres e meninas, havia uma crescente necessidade de começar a voltar a atenção para os jovens do sexo masculino, um grupo cada vez mais vulnerável em muitas sociedades.

195. O Conselho Diretor tomou nota do relatório.

Relatório sobre a transmissão e o impacto do vírus chikungunya na Região das Américas (documento CD54/INF/3)

196. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido uma atualização sobre os esforços da OPAS para vigiar e mitigar o surto da febre chikungunya na Região e prestar orientação de modo a permitir aos Estados Membros que se preparassem para responder a futuros surtos da febre chikungunya e de outras doenças emergentes ou reemergentes. Na discussão do relatório pelo Comitê, os delegados haviam salientado a necessidade da comunicação dos riscos e

da orientação do público sobre a doença e sobre a transmissão do vírus. A necessidade de monitoramento e prestação de informações constantes sobre os casos e surtos também foi ressaltada. Havia sido observada a ameaça da introdução da doença causada pelo vírus Zika e outras doenças transmitidas pelos mesmos vetores, e enfatizou-se a necessidade de acelerar as medidas de controle dos vetores. A melhoria do manejo dos resíduos sólidos havia sido considerada crucial para eliminar os criadouros dos mosquitos.

197. Na discussão do relatório pelo Conselho, vários delegados destacaram que o rastreamento dos surtos da febre chikungunya havia criado um desafio para os seus sistemas de vigilância epidemiológica e enfatizaram a necessidade de fortalecer esses sistemas para assegurar a detecção imediata e o monitoramento eficaz de futuros surtos. Um delegado salientou a necessidade de padronizar os processos de vigilância na Região e também sugeriu que a febre chikungunya fosse relacionada como uma doença de notificação obrigatória. Os delegados também ressaltaram a importância de capacitação para permitir que os profissionais de saúde pudessem distinguir a febre chikungunya de outras doenças febris agudas e destacaram a necessidade de medidas multissetoriais para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais que contribuíam para o surgimento e propagação de doenças como essa. Sublinhou-se a importância da participação da comunidade no controle dos criadouros de mosquitos. Também se considerou essencial informar o público das características da doença, dos modos de preveni-la e de onde buscar tratamento.

198. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA), ao observar que se havia previsto que a febre chikungunya se transformaria em uma endemia na Região, disse que a Repartição estava recomendando atualmente que os Estados Membros a classificassem como uma doença de notificação obrigatória. A resposta à febre chikungunya na Região apresentava vários desafios. Um deles era a necessidade de preparar os serviços de saúde para fazer face à alta demanda durante um surto e oferecer tratamento apropriado. Outro era a necessidade de mitigar os impactos econômicos possivelmente graves da doença. O controle dos vetores também era um grande desafio. Estavam em andamento estudos com o objetivo de criar novas ferramentas e estratégias, como a modificação genética dos mosquitos, porém eram necessárias mais evidências até que a OMS pudesse formular uma recomendação sobre esses métodos. Nesse meio tempo, a estratégia integrada para o tratamento da dengue poderia ser usada com bons resultados para prevenir e controlar a febre chikungunya e outras doenças arbovirais. A Repartição continuaria apoiando os Estados Membros na aplicação dessa estratégia.

199. O Conselho tomou nota do relatório.

O Regulamento Sanitário Internacional e a doença causada pelo vírus Ebola e Consulta regional sobre o esquema de monitoramento do RSI após 2016 (documentos CD54/INF/4 e Add. I)

200. O Dr. Antonio Barrios Fernández (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido uma atualização sobre a situação da implementação do

Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região. O relatório também havia oferecido detalhes sobre os preparativos contra a doença causada pelo vírus Ebola nas Américas e destacou questões que exigiam medidas concertadas pelos Estados signatários com relação ao Regulamento Sanitário Internacional (RSI), sobretudo no tocante ao esquema de monitoramento do RSI após 2016 e às recomendações do comitê de análise sobre as segundas prorrogações para estabelecer as capacidades nacionais de saúde pública e a implementação do RSI. O Comitê havia observado que os surtos da doença causada pelo vírus Ebola e outras ameaças à segurança sanitária mundial haviam demonstrado a importância da implementação completa do Regulamento. Além disso, havia sido observada a necessidade de trabalho constante para que as capacidades básicas do RSI fossem implementadas. Havia sido manifestado o apoio à revisão por pares ou outra forma equivalente de validação externa na avaliação da situação das capacidades básicas nacionais.

201. A Dra. Florence Fuchs (Coordenadora, Avaliação, Desenvolvimento e Manutenção das Capacidades do RSI, OMS), ao apresentar a nota conceitual sobre o plano de monitoramento do RSI após 2016 (documento CD54/INF/4, Add. I), disse que a crise do Ebola havia revelado brechas nas capacidades básicas de muitos países. Diversas avaliações, como a feita pelo Painel de Avaliação Interina do Ebola, haviam salientado a necessidade de acelerar os esforços para desenvolver e fortalecer as capacidades básicas e permitir aos países satisfazer os requisitos do RSI. A Secretária da OMS estava empenhada em colaborar com os Estados Membros para implementar uma estrutura sólida de avaliação e monitoramento do RSI. A nota conceitual delineava os principais princípios da estrutura proposta, que combinava métodos quantitativos e qualitativos de avaliação, unidos a novos elementos para complementar as autoavaliações dos Estados signatários, como os exercícios de simulação e as análises após a execução das atividades. As seis regiões haviam participado da elaboração da estrutura proposta, com as Américas desempenhando um papel especialmente ativo. No momento, estavam sendo feitas consultas em todas as regiões no intuito de finalizar a estrutura para apresentação ao Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2016. Em seguida, ela seria apresentada à Assembleia Mundial da Saúde para aprovação em maio de 2016.

202. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) apresentou uma atualização do progresso dos Estados Membros na implementação do RSI e um resumo da resposta regional à doença causada pelo vírus Ebola e a outras emergências de saúde pública de interesse internacional, conforme delineado no documento CD54/INF/4. As missões técnicas realizadas pelos funcionários de Repartição para ajudar os Estados Membros a avaliar seus preparativos para um possível surto de Ebola haviam revelado pontos fracos nas capacidades básicas do RSI em todos os casos. Contudo, as missões haviam concluído que era possível fazer melhorias significativas nos preparativos sem a necessidade de grandes desembolsos financeiros. Além disso, haviam observado que não seria possível aplicar o mesmo método a todos os preparativos e enfatizado a necessidade de que cada país assumisse a propriedade e exercesse a liderança das iniciativas de preparação e resposta. Atualmente, a Repartição estava fazendo o acompanhamento com os Estados Membros para que as

recomendações das missões fossem implementadas, reconhecendo que algumas delas representavam iniciativas de prazo relativamente longo.

203. O Dr. Espinal recordou que o Comitê de Análise do RSI havia salientado que era necessário não apenas desenvolver as capacidades básicas, mas também manter e continuar a fortalecê-las. O Comitê também havia observado que a autoavaliação das capacidades básicas não era suficiente, o que havia resultado na recomendação de que a Secretaria da OMS desenvolvesse, por meio dos mecanismos consultivos regionais, opções para passar da autoavaliação exclusiva para enfoques que combinassem a autoavaliação, a revisão por pares e as avaliações externas voluntárias. Os Estados Membros foram convidados a manifestar suas opiniões, tanto verbalmente, durante o debate sobre esse tema, como por escrito, posteriormente, sobre os princípios básicos do esquema de monitoramento do RSI após 2016 descritos na nota conceitual e sobre a conveniência de uma transição gradual do enfoque de autoavaliação atual para um enfoque mais voltado para as funções.

204. O Conselho Diretor reconheceu a necessidade de esforços contínuos para assegurar a plena implementação do Regulamento Sanitário Internacional e manifestou amplo apoio ao enfoque de monitoramento e avaliação proposto no documento conceitual. Contudo, uma delegada assinalou que o documento tratava apenas do monitoramento das capacidades básicas e não da implementação da totalidade do Regulamento, conforme havia sido solicitado durante a reunião regional sobre a implementação do RSI realizada em Buenos Aires, em abril de 2014. Essa mesma delegada foi da opinião de que, entre os documentos submetidos para consideração durante a consulta regional, deveria haver constado o relatório sobre a primeira sessão do Comitê de Análise do Regulamento Sanitário Internacional (2005) sobre sua função na resposta ao surto do Ebola, para que os Estados Membros pudessem haver discutido uma possível posição regional a ser apresentada à próxima Assembleia Mundial da Saúde. Vários delegados ressaltaram que, para evitar a duplicidade de esforços e reduzir o peso da apresentação de relatórios sobre os países, toda modificação da estrutura de avaliação e monitoramento do RSI deveria levar em consideração as ferramentas de avaliação existentes, como o processo de avaliação externo que estava sendo desenvolvido no contexto da Agenda Mundial de Segurança Sanitária.

205. Manifestou-se apoio ao desenvolvimento de uma ferramenta de autoavaliação com base em evidências; contudo, sugeriu-se que, embora uma ferramenta de avaliação padronizada devesse ser aplicada, também deveriam ser levadas em conta as características específicas dos países. Além disso, sugeriu-se que essas avaliações priorizassem três áreas: vigilância e resposta, capacidade laboratorial e comunicação de riscos. No tocante às análises após os eventos, a sugestão era que a elaboração de protocolos de resposta constituiria uma base para avaliar as medidas tomadas nas primeiras 48 horas após um evento de saúde pública e para, posteriormente, fazer avaliações mais abrangentes. Quanto aos exercícios de simulação, sugeriu-se que exercícios intersetoriais e transfronteiriços fossem realizados com o objetivo de fortalecer a coordenação tanto dentro dos países, como entre eles.

206. A maioria dos delegados apoiou a introdução das avaliações externas, mas enfatizou que elas deveriam ser voluntárias, ser feitas a pedido do Estado signatário e com a sua participação, respeitar a soberania e autonomia dos Estados signatários e levar em consideração as características e contexto específicos de cada país, inclusive a disponibilidade de recursos para solucionar qualquer déficit ou ponto fraco identificado. Uma delegada manifestou a opinião de que a autoavaliação que levasse em conta os resultados das avaliações anteriores e considerasse a implementação das capacidades básicas como um processo em curso seria mais eficaz do que uma avaliação externa feita em um único ponto, seguindo critérios rígidos. Outra delegada salientou a necessidade de um enfoque gradual e de um entendimento claro das implicações de uma avaliação independente externa, das vantagens específicas que ela ofereceria sobre as autoavaliações e do uso que a OMS faria dos resultados das avaliações externas. Também assinalou que a falta evidente de progresso revelada pelas autoavaliações dos países talvez se devesse a deficiências nos métodos de medição. A Delegada da Argentina indicou que sua delegação apresentaria um documento em que estariam enunciadas as opiniões do seu governo sobre a estrutura de avaliação e monitoramento proposta.

207. Os delegados também apoiaram as recomendações das missões da OPAS nos países com respeito às melhorias necessárias na coordenação, detecção, isolamento e resposta. Em especial, manifestou-se apoio aos exercícios e simulações para testar os planos e procedimentos, às medidas para facilitar a remessa internacional de amostras para os centros colaboradores da OMS e à implementação dos procedimentos de controle de infecções e melhoria da infraestrutura visando ao isolamento dos pacientes com doenças infecciosas. A comunicação exata e eficaz dos riscos era vista como crucial para reduzir a ansiedade pública e dissipar os mitos sobre a transmissão de doenças. Além disso, considerou-se importante instalar mecanismos regionais para o intercâmbio de informações a fim de reforçar a capacidade dos países para dar uma resposta rápida aos eventos de saúde pública.

208. Embora tenham reconhecido que os Estados Membros precisavam tomar medidas para proteger a saúde dos seus cidadãos, vários delegados sublinharam a necessidade de evitar medidas desnecessariamente restritivas que pudessem interferir nas viagens internacionais ou no comércio. O Delegado da República Bolivariana da Venezuela observou que informações publicadas no website da OMS usado para informações sobre eventos destinadas aos centros de coordenação nacionais do RSI haviam confirmado que seu país havia fechado suas fronteiras a pessoas de vários países africanos afetados pela doença causada pelo vírus Ebola e declarou enfaticamente que essa afirmação não era verdadeira.

209. Numerosos delegados descreveram as medidas que seus países haviam tomado para reforçar suas capacidades básicas do RSI e melhorar sua capacidade para tratar possíveis surtos de Ebola e outras emergências de saúde pública. Muitos também observaram a necessidade de apoio financeiro e de outros tipos dos parceiros para permitir-lhes melhorar suas capacidades. Foi solicitado apoio específico da Repartição para ajudar os Estados Membros a aprimorar a coordenação multissetorial para a

implementação do RSI. O Delegado das Bahamas reafirmou o apoio do seu país à decisão⁵ da Assembleia Mundial da Saúde de modificar o Regulamento para reconhecer que uma dose única da vacina contra a febre amarela conferiria proteção vitalícia contra a doença.

210. A Dra. Fuchs, ao observar que muitas das questões destacadas pelos delegados também haviam sido levantadas nas discussões de outros comitês regionais, assegurou ao Conselho que a Secretaria da OMS continuaria a trabalhar com os Estados Membros na elaboração do documento a ser apresentado ao Conselho Executivo em janeiro de 2016.

211. A Diretora incentivou os Estados Membros a continuarem a trabalhar para fortalecer suas capacidades básicas e corrigir os pontos fracos identificados pelas missões de preparação contra o Ebola.

212. O Conselho tomou nota do relatório.

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (documento CD54/INF/5)

- A. *Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco*
- B. *Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas*
- C. *Plano de ação sobre segurança viária*
- D. *Prevenção e controle da dengue nas Américas*
- E. *A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central*
- F. *Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde*
- G. *Situação dos Centros Pan-Americanos*

213. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que, no exame pelo Comitê Executivo do relatório de progresso sobre a implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, o Delegado do Equador havia anunciado que seu país havia ratificado o Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco. A expectativa era que outros países se inspirariam no exemplo do Equador. Com respeito ao Plano de Ação sobre Segurança Viária, a Delegada do Brasil havia anunciado que seu país, em parceria com a OPAS e a OMS, patrocinaria a Segunda Conferência de Alto Nível Global sobre Segurança no Trânsito, a ser realizada em 18 e 19 de novembro de 2015 em Brasília. Ela havia convidado todos os Estados Membros a participarem da redação da declaração a ser adotada pela conferência.

214. No exame pelo Comitê Executivo do relatório de progresso sobre prevenção e controle da dengue, havia sido destacada a importância de reforçar a vigilância para avaliar a eficácia de novas ferramentas e estratégias de prevenção. Além disso, havia sido considerado importante reforçar os exames diagnósticos para assegurar que a dengue fosse diferenciada precisamente das outras doenças febris agudas, como a malária, a febre chikungunya, a gripe e a leptospirose, que poderiam estar presentes nas mesmas áreas. Havia sido assinalado que a dengue, assim como outras doenças transmitidas por vetores,

⁵ Ver a resolução WHA67.13 (2014).

estava associada com vários determinantes sociais da saúde, como a falta de acesso a água potável e o manejo indevido dos resíduos sólidos. Assim, havia sido considerado essencial adotar um enfoque multissetorial para a prevenção e controle dessa doença.

215. Com respeito ao relatório de progresso sobre a doença renal crônica em comunidades agrícolas na América Central, a Diretora havia observado que, apesar do trabalho empreendido, houvera poucos avanços concretos na abordagem do problema dessa doença entre os jovens em idade ativa. Ela havia prometido que a Repartição continuaria a trabalhar com seus parceiros para encontrar uma maneira de fazer face a esse problema. Com respeito ao relatório sobre a avaliação da tecnologia em saúde, o Comitê havia aplaudido o progresso feito na formação de capacidades e infraestrutura para essa avaliação e destacara a importância de concentrar-se nas necessidades locais e regionais, bem como em considerações de ética e equidade com relação às tecnologias em saúde. Manifestou-se o agradecimento pela função essencial desempenhada pela Rede de Tecnologia em Saúde das Américas no desenvolvimento e implementação das tecnologias em saúde.

216. O Comitê Executivo também havia tomado nota dos relatórios de progresso sobre o Plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas e sobre a Situação dos Centros Pan-Americanos.

217. No debate que se seguiu, vários delegados informaram que seus países estavam perto da ratificação do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco, e os países que já o tinham feito foram felicitados. A Repartição foi elogiada pelos seus esforços para ajudar os países a fazer face aos ataques, no campo jurídico, por parte da indústria do tabaco. Um delegado anunciou que os ministros da Saúde do Mercosul haviam concordado em levar esse tema à Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde e também em empreender uma avaliação conjunta dos impactos econômicos e sociais da epidemia do tabagismo nos países do Cone Sul. Os delegados descreveram as iniciativas de controle do tabagismo nos seus países, como a criação ou ampliação dos espaços livres de tabaco, a elevação de impostos sobre o tabaco, restrições à publicidade e patrocínio, medidas para controlar a embalagem e rotulagem, advertências na forma de fotos e textos nas embalagens e capacitação para os profissionais de saúde para ajudarem os pacientes a deixar de fumar.

218. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) observou que o tabaco era um fator de risco comum para as quatro doenças graves não transmissíveis, que respondiam por 16% de todos os tipos de mortes de adultos na Região. A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco era, sem dúvida, a ferramenta de controle do tabagismo mais importante da OMS. Embora tivesse havido um progresso significativo na implantação da Convenção-Quadro, seu novo Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco não entraria em vigor em escala mundial até que houvesse sido ratificado por 40 países. Até o presente, apenas nove países no mundo haviam tomado essa medida. Ele instou os países da Região a considerarem seriamente firmar o Protocolo.

219. O progresso da Região no âmbito do Plano de Ação sobre Segurança Viária foi elogiado. Os delegados descreveram as medidas que estavam sendo tomadas nos seus países para melhorar a segurança viária, como iniciativas legislativas, educacionais e estruturais; o estabelecimento de organismos especializados; pesquisas sobre o comportamento das pessoas no trânsito; um exame do custo da produtividade perdida em função dos acidentes de trânsito; a diminuição dos níveis permissíveis de álcool no sangue; a legislação sobre o uso obrigatório do cinto de segurança e de capacete para motociclistas e campanhas de segurança no trânsito. Foi solicitado à Repartição que intensificasse sua assistência técnica aos países da Região para apoiar os esforços nacionais, mediante uma abordagem intersetorial.

220. O Dr. Hennis disse que, embora tivesse havido algum progresso na redução das mortes por traumatismos causados pelo trânsito, medir com exatidão o nível real de progresso exigiria uma melhoria da qualidade e integridade das informações sobre esses traumatismos. Assim, incentivou os Estados Membros a se concentrarem no fortalecimento dos seus sistemas de informação. Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável continham uma meta de segurança viária, com o propósito de reduzir à metade o número de mortes e traumatismos no mundo decorrentes de acidentes de trânsito até 2020. A Segunda Conferência de Alto Nível Global sobre Segurança no Trânsito, a ser realizada em Brasília, seria uma oportunidade para identificar as mudanças necessárias para alcançar essa meta.

221. Com respeito ao relatório sobre a prevenção e controle da dengue, os delegados destacaram a importância de reforçar a vigilância na Região para que os Estados Membros pudessem avaliar a eficácia das novas ferramentas e estratégias de prevenção, como a introdução das vacinas contra a dengue e novos métodos de controle de vetores. Foram elogiados os esforços para fortalecer as informações fornecidas pelos sistemas nacionais de vigilância da dengue por meio da rede regional de laboratórios de diagnóstico. Uma delegada informou que seu país estava trabalhando em um protocolo de vigilância genérica que possibilitaria comparar informações de diversos países, com o objetivo de estabelecer um método de alcance Regional para a vigilância e controle da dengue. Outros delegados ressaltaram a importância da participação da comunidade na prevenção da dengue e da colaboração transfronteiriça no controle de vetores e da doença. Foram destacados os riscos associados à resistência cada vez maior dos vetores aos pesticidas. Sugeriu-se que as ações para combater a dengue deveriam ser coordenadas com aquelas para combater a febre chikungunya.

222. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) observou que uma vacina contra a dengue estava em fase de testes, embora ainda não houvesse sido autorizada. No próximo ano, o Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas em Imunização da OMS (SAGE) emitiria uma opinião sobre a nova vacina.

223. No que dizia respeito à doença renal crônica em comunidades agrícolas na América Central, um delegado concordou com a recomendação do relatório de que era necessário contar com mais estudos e melhorar a coleta de dados. Como a doença renal

crônica era de natureza essencialmente ocupacional, sua delegação apoiava a pesquisa etiológica para determinar os fatores de risco causais a fim de adotar medidas preventivas para reduzir o ônus desproporcional da doença sobre a população jovem em idade ativa.

224. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) reconheceu que era um grande desafio para os países enfrentar uma epidemia da doença renal crônica de causas não tradicionais e desconhecidas. Era necessária uma ação intersetorial, com ênfase na saúde ocupacional e ambiental, não apenas para equipar os serviços de saúde para tratar os que sofriam da doença, mas também para examinar questões intersetoriais a montante e ações que se faziam necessárias. A Repartição continuaria a colaborar de forma diligente com os Estados Membros nesse tema.

225. Com respeito ao relatório sobre a avaliação das tecnologias em saúde, os delegados agradeceram à Repartição seu apoio aos países para a institucionalização da avaliação das tecnologias em saúde e salientaram a necessidade de fortalecer ainda mais a capacidade para usar evidências de modo eficaz para embasar a tomada de decisões sobre a adoção dessas tecnologias. Uma representante da Aliança Internacional das Organizações de Pacientes observou que sistemas e processos apropriados para avaliação das tecnologias em saúde poderiam assegurar o melhor uso possível dos recursos no contexto dos esforços para que os pacientes recebessem atenção à saúde segura, eficaz e acessível. Destacou também a importância da participação dos pacientes em todas as decisões relativas à atenção à saúde.

226. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) observou que a avaliação das tecnologias em saúde era uma área de trabalho cada vez mais ampla tanto para a Repartição como para os Estados Membros. Doze países da Região agora tinham unidades de avaliação de tecnologias em saúde em funcionamento, e haviam sido produzidos e compartilhados entre os países cerca de 4.000 documentos para orientar as decisões necessárias para incorporar as tecnologias em saúde com eficácia aos sistemas de saúde. O volume de trabalho provavelmente aumentaria com o advento de novos medicamentos e tecnologias de alto custo.

227. O Conselho tomou nota dos relatórios.

Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (documento CD54/INF/6)

- A. *68^a Assembleia Mundial da Saúde*
- B. *Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos*
- C. *Organizações sub-regionais*

228. A Dra. María Esther Anchía (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia recebido um relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde, considerado de especial interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. Havia sido chamada a atenção para as implicações para a

Região das resoluções da Assembleia Mundial da Saúde sobre o Orçamento para Programas da OMS 2016-2017, a malária, a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, o Plano de Ação Mundial para Vacinas e o Plano de Ação Mundial para a Resistência Antimicrobiana. O Comitê também havia considerado um relatório sobre as ações de diversos organismos sub-regionais de interesse da OPAS, como o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social da Comunidade do Caribe, a Reunião do Setor da Saúde da América Central e República Dominicana, o Conselho de Ministros da Saúde da América Central, a Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina, a Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul, a União das Nações Sul-Americanas e a Aliança Bolivariana dos Povos da Nossa América. Vários desses organismos haviam discutido e adotado medidas que visavam a deter possíveis surtos da doença causada pelo vírus Ebola. Outros temas considerados foram a implementação do Regulamento Sanitário Internacional, a prevenção das lesões relacionadas com a violência, a atualização das diretrizes para o tratamento da infecção pelo HIV e a doação e transplante de órgãos.

229. O Presidente convidou o Conselho a tecer comentários acerca dos relatórios sobre as resoluções da Sexagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde e dos diversos organismos sub-regionais, bem como acerca do relatório sobre as resoluções do Quadragésimo Quinto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, que constava da parte B do documento CD54/INF/6.

230. Uma delegada destacou a importância da participação da OPAS nos processos de cooperação internacional em matéria de saúde, o que poderia contribuir significativamente para o avanço em áreas prioritárias, como o acesso universal aos medicamentos, a negociação dos preços dos medicamentos e o fortalecimento dos sistemas de saúde. Observou que os ministros da Saúde do Mercosul haviam adotado recentemente um memorando de entendimento com a OPAS, o que constituía um sinal claro da confiança na capacidade da Organização de catalisar as ações do Mercosul relacionadas com a saúde na Região.

231. A Diretora concordou com o valor da colaboração da OPAS com outras organizações internacionais e observou que a Repartição havia tomado medidas para fortalecer a relação da OPAS com a Organização dos Estados Americanos e com o Mercosul, além de estar envidando esforços para estabelecer vínculos mais fortes com a UNASUL. A Repartição também estava buscando fortalecer os seus escritórios sub-regionais, pois eles trabalhavam em estreita colaboração com os diversos blocos e as uniões políticas e econômicas, buscando, em especial, fortalecer o enfoque da “saúde em todas as políticas”. A OPAS também procuraria formar parcerias com outras organizações regionais visando à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

232. O Conselho tomou nota dos relatórios.

Outros assuntos

233. A Diretora apresentou uma atualização da situação nas Bahamas, já que o país tentava fazer face ao Furacão Joaquin, e manifestou a solidariedade da Organização ao governo e ao povo do país. Observou que uma equipe da OPAS formada por quatro especialistas em alívio de desastres estava pronta para viajar às Bahamas e que a Repartição faria todo o necessário para ajudar a manter ou restabelecer os serviços de saúde após a passagem dessa tormenta. Várias delegações também manifestaram sua solidariedade com o país. O Delegado das Bahamas agradeceu ao Conselho e à Diretora suas manifestações de apoio e observou que a CARICOM também formaria uma equipe de resposta a emergências, com ajuda da OPAS.

234. A Delegada do Canadá observou que sua delegação, em cooperação com várias outras delegações da Região, apresentaria uma proposta sobre o manejo correto de produtos químicos durante a sessão do Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2016 e disse que o Canadá teria prazer em receber os aportes e o apoio de outros Estados Membros da OPAS. Sua delegação manteria as demais delegações informadas das próximas medidas a serem tomadas para elaborar uma resolução apropriada.

235. A Delegada da Argentina anunciou que seu país havia organizado uma consulta virtual, a ser realizada em outubro de 2015, em seguimento a uma apresentação informal sobre a colaboração da OMS com agentes não estatais feita pela Argentina, México e Estados Unidos durante um evento paralelo organizado realizado durante a semana da 54^a Sessão do Conselho. O objetivo da consulta seria se aproximar do consenso sobre uma posição regional acerca dessa questão. Além disso, haveria uma sessão informal sobre o tema em Genebra, antes da reunião formal dos Estados Membros de 19 a 23 de novembro, e uma reunião intergovernamental de 7 a 9 de dezembro. A intenção era que, até a época desta última reunião, já estivesse disponível um documento formulando a posição regional.

236. Durante a semana da 54^a Sessão do Conselho, eventos paralelos também foram realizados para tratar de temas como a cooperação Sul-Sul e o projeto *Mais Médicos*; a eliminação da oncocercose; parcerias multissetoriais para a prevenção de uma vida saudável e a prevenção de doenças crônicas; oportunidades para garantir o acesso aos medicamentos estratégicos e de alto custo; e saúde, meio ambiente e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Além disso, foi lançado o *Relatório Mundial da OMS sobre o Envelhecimento e a Saúde*, com a presença da Diretora-Geral da OMS, e o Conselho Diretor prestou uma homenagem à Dra. María Isabel Rodríguez, ex-Ministra da Saúde de El Salvador, que havia sido nomeada Heroína da Saúde Pública das Américas.

Encerramento da sessão

237. Após a troca habitual de cortesias, o Sr. Molwyn Morgorson Joseph (Antígua e Barbuda, Vice-presidente) deu por encerrado o 54^o Conselho Diretor.

Resoluções e decisões

238. As resoluções e decisões aprovadas pelo 54º Conselho Diretor são as seguintes:

Resoluções

CD54.R1: Arrecadação de contribuições fixas

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (documentos CD54/15 e Add. I) e a preocupação externada pela 156ª sessão do Comitê Executivo no que se refere à situação da arrecadação de tais contribuições;

Observando que nenhum Estado Membro está em atraso de tal maneira que estaria sujeito ao Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde,

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (documentos CD54/15 e Add. I).
2. Expressar agradecimento aos Estados Membros que já realizaram pagamentos em 2015, e instar todos os Estados Membros atrasados a cumprirem com suas obrigações financeiras com a Organização sem demora.
3. Parabenizar os Estados Membros que cumpriram plenamente com suas obrigações fixas até 2015.
4. Cumprimentar os Estados Membros que realizaram consideráveis esforços para reduzir o atraso do pagamento de suas contribuições fixas referentes a anos anteriores.
5. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue a explorar mecanismos para aumentar a taxa de arrecadação de contribuições fixas;
 - b) informe o Comitê Executivo da adimplência por parte dos Estados Membros em relação ao seus compromissos de pagamento das contribuições fixas;
 - c) informar o 55º Conselho Diretor da situação da arrecadação das contribuições fixas referentes a 2016 e anos anteriores.

(Segunda reunião, 28 de setembro de 2015)

CD54.R2: Nova escala das contribuições fixas**O 54º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo examinado o documento CD54/5, Rev. 1 sobre a nova escala das contribuições fixas e a aplicação da escala de contribuições mais recente aprovada pela OEA à afiliação à OPAS para o período orçamentário 2016-2017;

Considerando que o Código Sanitário Pan-Americano afirma que a escala de contribuições a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde para seu Programa e Orçamento será baseada na escala de contribuição adotada pela Organização dos Estados Americanos para sua afiliação,

RESOLVE:

Aprovar a nova escala de contribuições para a Afiliação à OPAS segundo indicado no quadro seguinte e a ser aplicado para o período orçamentário de 2016-2017.

Afiliação	Taxa de contribuição ajustada à afiliação à OPAS
Estados Membros	
Antígua e Barbuda	0,022
Argentina	2,400
Bahamas	0,049
Barbados	0,034
Belize	0,022
Bolívia	0,056
Brasil	12,427
Canadá	10,583
Chile	1,347
Colômbia	1,311
Costa Rica	0,230
Cuba	0,132
Dominica	0,022
El Salvador	0,086
Equador	0,322
Estados Unidos	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,145
Guiana	0,022
Haiti	0,026
Honduras	0,042

Afiliação	Taxa de contribuição ajustada à afiliação à OPAS
Jamaica	0,070
México	6,788
Nicarágua	0,026
Panamá	0,176
Paraguai	0,075
Peru	0,860
República Dominicana	0,317
Santa Lúcia	0,022
São Cristóvão e Névis	0,022
São Vicente e Granadinas	0,022
Suriname	0,026
Trinidad e Tobago	0,135
Uruguai	0,247
Venezuela	2,144
Estados Participantes	
França	0,128
Países Baixos	0,022
Reino Unido	0,027
Membros Associados	
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,082
Sint Maarten	0,022

(Terceira reunião, 29 de setembro de 2015)

CD54.R3: Modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações propostas do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde, conforme constam do Anexo A do documento CD54/17; e

Levando em consideração que as modificações do Regulamento Financeiro refletem as melhores e mais modernas práticas de administração e instituem o conceito de um Programa e Orçamento unificado, que aumenta a eficiência e eficácia da implementação do Programa e Orçamento,

RESOLVE:

Aprovar as modificações do Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde pertinentes ao Programa e Orçamento conforme estabelecidas no Anexo A do documento CD54/17, e estipular que essas modificações entram em vigor em 1º de janeiro de 2016.

(Terceira reunião, 29 de setembro de 2015)

CD54.R4: *Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato do Canadá, Jamaica e Paraguai*

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo em mente as disposições dos Artigos 4.D e 15.A da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde; e

Considerando que Antígua e Barbuda, Argentina e Chile foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos do Canadá, Jamaica e Paraguai,

RESOLVE:

1. Declarar Antígua e Barbuda, Argentina e Chile eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer ao Canadá, Jamaica e Paraguai pelos serviços prestados durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

Anexo

**COMPOSIÇÃO DO COMITÊ EXECUTIVO
de setembro de 1993 a setembro de 2017**

	2016 a 2017	2015 a 2016	2014 a 2015	2013 a 2014	2012 a 2013	2011 a 2012	2010 a 2011	2009 a 2010	2008 a 2009	2007 a 2008	2006 a 2007	2005 a 2006	2004 a 2005	2003 a 2004	2002 a 2003	2001 a 2002	2000 a 2001	1999 a 2000	1998 a 1999	1997 a 1998	1996 a 1997	1995 a 1996	1994 a 1995	1993 a 1994
Antígua e Barbuda																								
Argentina																								
Bahamas																								
Barbados																								
Belize																								
Bolívia																								
Brasil																								
Canadá																								
Chile																								
Colômbia																								
Costa Rica																								
Cuba																								
Dominica																								
El Salvador																								
Equador																								
Estados Unidos																								
Grenada																								
Guatemala																								
Guiana																								
Haiti																								
Honduras																								
Jamaica																								
México																								
Nicarágua																								
Panamá																								
Paraguai																								
Peru																								
República Dominicana																								
Santa Lúcia																								
São Cristóvão e Nevis																								
São Vicente e Granadinas																								
Suriname																								
Trinidad e Tobago																								
Uruguai																								
Venezuela																								

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R5: *Eleição de três Membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)*

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo presente que o Artigo VI do Estatuto do BIREME estabelece que o Comitê Assessor do BIREME seja constituído de um representante nomeado pelo Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e outro nomeado pelo Governo do Brasil como membros permanentes, e que os cinco membros não permanentes deverão ser selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) entre os membros do BIREME (de que constam atualmente todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS), levando em consideração a representação geográfica;

Lembrando que o Artigo VI estabelece, além disso, que os cinco membros não permanentes do Comitê Assessor do BIREME devem alternar-se a cada três anos e que o Conselho Diretor ou a Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS poderão estipular um período de alternância mais curto se for necessário para manter o equilíbrio entre os membros do Comitê Assessor; e

Considerando que Argentina, Jamaica e Peru foram eleitos para integrar o Comitê Assessor do BIREME a partir de 1º de janeiro de 2016, por chegarem a seu término os mandatos de Cuba, Equador e Porto Rico,

RESOLVE:

1. Declarar Argentina, Jamaica e Peru eleitos como membros não permanentes do Comitê Assessor do BIREME por um período de três anos.
2. Agradecer a Cuba, Equador e Porto Rico os serviços prestados à Organização por seus delegados no Comitê Assessor do BIREME durante os últimos três anos.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R6: *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores*

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores* (documento CD54/10, Rev. 1);

Lembrando os mandatos específicos dos Órgãos Diretores da OPAS sobre a saúde dos trabalhadores, e em particular a resolução CSP23.R14 da 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1990), na qual se insta que os Estados Membros aumentem a elaboração

de diversas formas institucionais de atenção à saúde dos trabalhadores, a fim de promover a consecução da cobertura universal, e da resolução CD41.R13 do 41º Conselho Diretor (1999), no qual se insta que os Estados Membros incorporem em suas políticas nacionais de saúde, conforme o caso, o Plano Regional de Saúde dos Trabalhadores constante do documento CD41/15, que apresenta linhas programáticas específicas para a ação dos Estados Membros e para a cooperação externa;

Considerando a resolução WHA49.12 (1996) da Assembleia Mundial da Saúde, a qual endossou a estratégia mundial de saúde ocupacional para todos, e a resolução WHA60.26 (2007), que aprova o plano de ação mundial de saúde dos trabalhadores 2008-2017, com os principais objetivos, metas e indicadores, e solicita à Diretora Geral da OMS que intensifique a colaboração com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e com outras organizações internacionais pertinentes para a aplicação do plano mundial no âmbito nacional e internacional;

Levando em consideração o documento *O futuro que queremos* da Assembleia Geral das Nações Unidas, em particular o reconhecimento que dele consta de que a saúde é uma condição prévia para as três dimensões do desenvolvimento sustentável, além de um resultado e um indicador dessas dimensões, e o apelo que é feito nesse documento à participação de todos os setores pertinentes na ação multissetorial coordenada, a fim de abordar urgentemente as necessidades de saúde da população mundial;

Reconhecendo que o trabalho e o emprego são direitos humanos relacionados com a saúde e são determinantes sociais da saúde, e que a *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde* faz um apelo para que se elaborem e executem medidas enérgicas, baseadas em evidências e confiáveis quanto ao bem-estar social, quando possível com base nos indicadores, normas e programas existentes em todo o gradiente social, que vão além do crescimento econômico, e reconhecendo a importante função de promoção do enfoque da saúde em todas as políticas liderado pelos ministérios da saúde;

Reconhecendo que o aumento da migração, do envelhecimento populacional, das doenças profissionais e das não transmissíveis é uma tendência muito importante que conforma o perfil da saúde no continente americano, e que os benefícios de saúde não têm sido compartilhados por igual entre países da Região e no interior deles, razão pela qual a desigualdade continua sendo um dos maiores desafios para a saúde dos trabalhadores e o desenvolvimento sustentável na Região das Américas;

Consciente de que os sistemas de saúde estão assumindo a carga e os custos da prestação de serviços de saúde aos trabalhadores formais e informais, originados pela atenção às doenças profissionais, que continuam sendo invisíveis devido à falta de diagnóstico e registros adequados, e pelo baixo investimento em programas de prevenção dos danos à saúde dos trabalhadores que, com base na saúde pública, contribuam para conter estes gastos;

Consciente da existência de grandes disparidades e desigualdades sociais, econômicas e sanitárias que afetam a saúde dos trabalhadores, especialmente no setor informal, e reconhecendo que a saúde dos trabalhadores e os ambientes de trabalho saudáveis são essenciais para alcançar a saúde e o bem-estar individual e comunitário, os quais são o fundamento essencial para o desenvolvimento sustentável dos Estados Membros;

Considerando o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 e, especialmente, os princípios da categoria 3, referentes aos determinantes da saúde e à promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores* para o período 2015-2025.
2. Instar os Estados Membros, conforme o caso e levando em consideração seu contexto, suas prioridades e sua capacidade financeira em nível nacional, a que:
 - a) trabalhem pela igualdade e a promoção da saúde dos trabalhadores como uma prioridade e adotem medidas eficazes para controlar as condições de emprego e de trabalho como determinantes sociais da saúde, aumentar a cobertura universal de saúde e fortalecer os sistemas de saúde e a equidade em saúde;
 - b) adotem medidas eficazes, inclusive, quando procedente, aquelas relacionadas com a legislação vigente, as estruturas, os processos e os recursos, possibilitando o estabelecimento de políticas públicas que levem em consideração as repercussões sobre a saúde e a equidade em matéria de saúde dos trabalhadores, e implantem mecanismos para medir e realizar o seguimento das condições de trabalho e de emprego que afetam a saúde dos trabalhadores;
 - c) desenvolvam e mantenham, quando procedente, a capacidade e as competências institucionais adequadas e sustentáveis para conseguir, mediante ações em todos os setores, melhores resultados do ponto de vista da saúde e equidade em matéria de saúde dos trabalhadores;
 - d) utilizem as ferramentas pertinentes para identificar, avaliar, mobilizar e fortalecer a participação e as atividades multissetoriais em prol da saúde dos trabalhadores, inclusive, conforme o caso, o trabalho dos comitês interministeriais e a análise das repercussões sobre a saúde;
 - e) fortaleçam a diligência e a devida prestação de contas e aumentem a transparência na tomada de decisões, bem como do compromisso para a ação;
 - f) envolvam, conforme o caso, os trabalhadores e seus sindicatos, os empregadores e suas organizações gremiais, as comunidades locais e os demais atores da sociedade civil na formulação, execução, seguimento e avaliação das políticas de todos os setores econômicos, especialmente os identificados como prioritários,

- inclusive os mecanismos para a participação das comunidades e a participação pública;
- g) contribuam para a elaboração da agenda de desenvolvimento sustentável pós-2015 ao enfatizar que as políticas de setores diferentes do setor da saúde têm repercussões importantes nos resultados em matéria de saúde e ao determinar as sinergias entre os objetivos das políticas no setor da saúde, do trabalho e outros setores;
 - h) impulsionem a participação ativa das autoridades de saúde com outros setores, ao pôr em andamento a estratégia de a saúde em todas as políticas.
3. Pedir à Diretora que:
- a) promova e apoie a difusão e a aplicação do enfoque integral de ação estabelecido no *Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores*;
 - b) dê atenção especial ao desenvolvimento de alianças institucionais, tanto no âmbito nacional como no internacional, incluindo a captação de recursos extraorçamentários, para levar a cabo atividades intersetoriais que facilitem o desenvolvimento e a consolidação de atividades de prevenção no âmbito do enfoque integral preventivo;
 - c) continue apoiando os ministros da saúde em seus esforços para promover e melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores;
 - d) continue promovendo e apoiando o desenvolvimento da rede de centros colaboradores da OPAS/OMS e de instituições científicas para contribuir para o desenvolvimento da capacidade técnica, científica e administrativa das instituições e programas que atuam no campo da saúde dos trabalhadores;
 - e) promova e apoie a cooperação entre países no campo da saúde dos trabalhadores.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R7: Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais* para 2016-2019 (documento CD54/13, Rev. 1);

Considerando que a Organização Mundial da Saúde ofereceu uma estrutura abrangente para enfrentar o problema das hepatites virais ao nível global;

Considerando as resoluções WHA63.18 (2010) e WHA67.6 (2014), o chamado à ação para ampliar a resposta global à hepatite e outros documentos publicados com

ênfase em promoção e conscientização, conhecimentos e evidências, prevenção da transmissão, rastreamento, atenção e tratamento;

Considerando *Estratégia e plano de ação para a saúde integral na infância* (resolução CSP28.R20 [2012]) e o documento conceitual sobre *Saúde e direitos humanos* (resolução CD50.R8 [2010]);

Reconhecendo o impacto das hepatites virais sobre a morbidade e a mortalidade na Região das Américas, principalmente entre populações-chave e grupos vulneráveis;

Reconhecendo que as doenças e mortes causadas pelas hepatites virais ou associadas a ela impõem um considerável ônus social e financeiro aos países da Região;

Reconhecendo que as hepatites virais acentuam as iniquidades na cobertura dos serviços de saúde ao afetar as populações-chave;

Reconhecendo que intervenções realizadas cedo na vida podem alterar drasticamente o perfil da hepatite B crônica na Região;

Reconhecendo que a hepatite B é um risco para os profissionais de saúde na Região;

Reconhecendo que o acesso a tratamentos curativos para hepatite C pode se tornar realidade por meio de esforços coordenados na Região;

Considerando que a eliminação das hepatites B e C é possível no futuro próximo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros, tendo em conta os contextos e prioridades nacionais, a:
 - a) priorizar as hepatites virais como um problema da saúde pública, promovendo uma resposta integrada e abrangente e estabelecendo metas específicas para enfrentar os desafios impostos por essa doença infecciosa;
 - b) fomentar atividades e sinergias interprogramáticas dentro e fora do sistema de saúde, envolvendo todos os parceiros e partes interessadas pertinentes, incluindo a sociedade civil, na resposta às hepatites virais;
 - c) otimizar o uso eficiente dos recursos existentes e mobilizar fundos adicionais para prevenir e controlar as hepatites virais;
 - d) fortalecer e elaborar estratégias para campanhas de conscientização que comemorem o Dia Mundial da Hepatite, com o objetivo de aumentar o acesso a serviços de prevenção, diagnóstico, atenção e tratamento;
 - e) manter ou ampliar a cobertura vacinal contra o vírus da hepatite B em crianças com menos de um ano de idade e adotar a política de vacinação de recém-nascidos nas primeiras 24 horas após o nascimento;

- f) rever as políticas de vacinação e apoiar sua implementação para ampliar a cobertura das vacinas disponíveis entre populações-chave e grupos vulneráveis;
 - g) estabelecer estratégias específicas para prevenir a transmissão das hepatites B e C em populações-chave e grupos vulneráveis, incluindo programas de extensão e educação, bem como a promoção do tratamento, da reabilitação e de serviços de apoio relacionados que tenham em conta o contexto e as prioridades nacionais a fim de reduzir as consequências negativas, em termos sociais e de saúde, do uso de drogas ilícitas;
 - h) apoiar estratégias para prevenir a transmissão das hepatites B e C dentro e fora de ambientes de atenção à saúde;
 - i) apoiar a formulação de políticas, regulamentações, normas e capacidades relacionadas à saúde no âmbito nacional para o rastreamento, o diagnóstico, a atenção e o tratamento das hepatites virais (segundo orientações normativas baseadas em evidências desenvolvidas pela OMS) e assegurar sua implementação;
 - j) promover a inclusão de diagnósticos, equipamentos e medicamentos relacionados às hepatites virais em listas e formulários nacionais de medicamentos essenciais e promover seu acesso através de processos de negociação de preços e mecanismos de compra nacionais e regionais como o Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da OPAS;
 - k) fortalecer a capacidade dos países de gerar e difundir informações estratégicas de qualidade e disponíveis em tempo oportuno sobre hepatites virais, desagregadas por idade, sexo e grupo étnico;
 - l) fortalecer as políticas, orientações e práticas nacionais relacionadas à segurança do sangue e aos programas de vacinação;
 - m) eliminar as barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, legais, organizacionais e de gênero que impedem o acesso equitativo universal a serviços de saúde abrangentes, seguindo a *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde* da OPAS.
2. Solicitar à Diretora que:
- a) mantenha um grupo de trabalho interprogramático para hepatites virais capaz de estabelecer um diálogo permanente com os Estados Membros;
 - b) apoie a implementação do plano de ação, principalmente no que se refere ao fortalecimento dos serviços de detecção, diagnóstico, atenção e tratamento das hepatites virais como parte da ampliação da cobertura universal de saúde na Região das Américas;
 - c) ofereça assistência técnica aos Estados Membros para aumentar a base de evidências sobre a prevenção, a atenção e o tratamento das hepatites virais e para

- a implementação das medidas propostas neste plano de ação, de acordo com as prioridades nacionais;
- d) apoie os Estados Membros para que aumentem o acesso a produtos para as hepatites virais a um preço viável, inclusive por meio de processos de negociação de preços e outros mecanismos para a compra sustentável;
 - e) continue a documentar a viabilidade da eliminação das hepatites virais B e C na Região, incluindo a definição de metas e marcos para os objetivos de eliminação da OMS até 2030;
 - f) continue a priorizar a prevenção das hepatites virais, com ênfase nos programas de imunização para a hepatite B em lactentes e populações-chave e no acesso a medicamentos para hepatite C que salvam vidas, considerando o objetivo de eliminar em um futuro próximo as hepatites B e C nas Américas;
 - g) promova parcerias estratégicas e cooperação técnica entre os países para realizar as atividades previstas neste plano de ação.

(Sexta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R8: Plano de ação para imunização

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de ação para imunização* (documento CD54/7, Rev. 2) para o período 2016-2020 e considerado o importante progresso alcançado pelos países no campo da vacinação;

Levando em consideração os mandatos internacionais que decorrem da Assembleia Mundial da Saúde, particularmente a resolução WHA65.17 (2012), referente ao *Plano de ação mundial para vacinas*, e a WHA65.5 (2012), na qual se declara que a poliomielite é uma emergência para a saúde pública mundial, e o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019;

Reconhecendo o progresso realizado na eliminação e no controle das doenças imunopreveníveis e que ainda é necessário fortalecer o trabalho para que o acesso à vacinação facilite levar os serviços de saúde a todos, através de uma abordagem integral que leve em consideração os determinantes sociais da saúde e a cobertura universal;

Considerando que o plano de ação propõe aos Estados Membros um instrumento que permite adotar metas, estratégias e atividades comuns, bem como facilitar o diálogo, fomentar a sinergia com todos os parceiros e fortalecer os programas nacionais de imunização da Região,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para imunização* e instar os países, conforme o caso e levando em conta as suas necessidades, prioridades e contexto a que:
 - a) promovam o acesso universal aos programas e as iniciativas de imunização como um bem público;
 - b) adotem e adaptem o *Plano de ação para imunização* de acordo com as características de cada país, e busquem garantir os recursos necessários para cumprir os objetivos descritos no plano de ação;
 - c) comprometam-se a manter os êxitos alcançados na erradicação da poliomielite, do sarampo, da rubéola e da síndrome de rubéola congênita, no controle das doenças imunopreveníveis, na prioridade política da imunização no país, e na valorização das vacinas por parte dos indivíduos e das comunidades;
 - d) garantam o trabalho para fechar as brechas relacionadas à erradicação do tétano neonatal, atingir as metas de cobertura de vacinação em todos os níveis administrativos e ampliar os benefícios da imunização a todas as pessoas ao longo do curso da vida de maneira equitativa;
 - e) enfrentem os novos desafios resultantes da introdução de novas vacinas nos calendários nacionais de imunização de forma sustentável e acessível a todos; promovam a tomada de decisões com base em dados comprovados e na avaliação dos benefícios da imunização;
 - f) favoreçam o fortalecimento dos serviços de saúde para proporcionar serviços de imunização e alcançar os resultados previstos propostos pela agenda para o desenvolvimento pós-2015 sobre a redução das mortalidades infantil e materna;
 - g) garantam que os programas de imunização tenham acesso oportuno e sustentável aos insumos de qualidade necessários, e que estes sejam obtidos com recursos nacionais, funcionem como parte integral de serviços de saúde fortalecidos e integrem as atividades de vacinação a outras intervenções.
2. Solicitar à Diretora que:
 - a) preste cooperação técnica permitindo fortalecer a capacidade operacional dos programas nacionais de imunização para que esses mantenham os êxitos alcançados;
 - b) promova estratégias que permitam garantir a vacinação nos municípios com baixas taxas de cobertura, bem como em populações em situação de vulnerabilidade e de difícil acesso;
 - c) preste assessoria técnica aos Estados Membros para promover a tomada de decisões baseadas em dados comprovados;

- d) incentive estratégias que otimizem a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, a rede laboratórios, a cadeia de abastecimento, a cadeia de frio e os sistemas de informação;
- e) mantenha a cooperação técnica para favorecer o acesso oportuno e equitativo a vacinas e insumos por meio do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas, mantendo seus princípios e condições;
- f) reforce o trabalho integrado da Organização para que, juntamente com os países, o programa de imunização seja usado como uma estratégia que permita que os serviços de saúde cheguem a todos, com base em uma abordagem integral e no âmbito da cobertura universal de saúde.

(Sexta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R9: *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde*

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado a *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde* (documento CD54/14, Rev. 1);

Levando em consideração que a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como um de seus princípios básicos que “Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”;

Ciente de que o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019, em conformidade com o Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS, estabelece distintas categorias, áreas programáticas, resultados imediatos e intermediários, e indicadores;

Lembrando que o tema da legislação de saúde foi considerado pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana na resolução CSP18.R40 (1970) e que o Conselho Diretor da OPAS, mediante a resolução CD50.R8 (2010), *A saúde e os direitos humanos*, exortou os Estados Membros a que “apoiem 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”;

Observando que o Conselho Diretor aprovou o *Plano de ação sobre a saúde em todas as políticas* (resolução CD53.R2 [2014]) e a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (resolução CD53.R14 [2014]);

Reconhecendo que os marcos jurídicos e regulamentares adequados e fortalecidos podem promover e proteger a saúde inclusive a partir da perspectiva do direito à saúde

onde seja nacionalmente reconhecido, e promovendo o direito ao gozo do grau máximo de saúde que se possa obter;

Afirmado o compromisso dos Estados Membros de respeitar, proteger e promover os direitos humanos;

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

RESOLVE:

1. Adotar a *Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde* (documento CD54/14, Rev. 1) a fim de responder eficaz e eficientemente às necessidades atuais e emergentes em matéria de saúde pública na Região.

2. Instar os Estados Membros, conforme o caso, levando em consideração seus contextos nacionais, prioridades, possibilidades financeiras e orçamentárias, a que:

- a) promovam a formulação, implementação ou revisão de seus marcos jurídicos e regulamentares, políticas e outras disposições legais, quando aplicável, para que abordem de maneira multissetorial os determinantes da saúde, a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida, a redução dos fatores de risco e a prevenção das doenças, bem como a abordagem integral à atenção primária em saúde, mediante processos participativos com as comunidades;
- b) promovam e facilitem o intercâmbio de informações estratégicas, como melhores práticas e jurisprudência, entre os Estados Membros e os organismos internacionais, e a colaboração em pesquisa em matéria de legislação relacionada com a saúde com outros Estados Membros e agentes não estatais;
- c) promovam a formulação, implementação ou revisão de seus marcos jurídicos e regulamentares para facilitar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde; o fortalecimento da função gestora e de governança da autoridade sanitária, para avançar em direção ao acesso universal a medicamentos e tecnologias sanitárias de qualidade, seguras, eficazes e acessíveis; bem como o fortalecimento das capacidades técnicas dos recursos humanos em saúde, visando melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, com ênfase nos grupos em situação de vulnerabilidade;
- d) fortaleçam a capacidade técnica da autoridade sanitária para facilitar a coordenação e colaboração com o poder legislativo e outros setores, conforme o caso, inclusive mediante identificação e revisão de lacunas e contradições legais.

3. Solicitar à Diretora que, dentro das possibilidades financeiras da Organização, mediante solicitação pelos Estados Membros, e em coordenação, em consulta e juntamente com suas respectivas autoridades sanitárias nacionais:

- a) promova a implementação da *Estratégia sobre legislação relacionada com a saúde* e, com isso, fortaleça os esforços de assessoria e prestação de cooperação técnica aos Estados Membros para a formulação, implementação ou revisão dos marcos jurídicos e regulamentares relacionados com a saúde;
- b) proporcione a colaboração técnica que os Estados Membros solicitem para a implementação da *Estratégia*, o que pode incluir capacitação e divulgação para apoiar os mecanismos de cooperação técnica com relação a seus marcos jurídicos e regulamentares;
- c) dê apoio aos Estados Membros na formulação, implementação ou revisão de seus marcos jurídicos e regulamentares, políticas e outras disposições legais, quando aplicável, para que abordem de maneira multisetorial os determinantes da saúde, a promoção da saúde ao longo do ciclo de vida, a redução dos fatores de risco e a prevenção das doenças, bem como a abordagem integral à atenção primária em saúde, mediante processos participativos com as comunidades;
- d) desenvolva ações e ferramentas para promover o intercâmbio, entre os Estados Membros e outros organismos internacionais, de melhores práticas, experiências bem-sucedidas e informação estratégica em matéria de legislação relacionada com a saúde que os Estados Membros possam utilizar e adaptar a suas próprias realidades nacionais;
- e) facilite a colaboração em pesquisas em matéria de legislação relacionada com a saúde com os Estados Membros e com os agentes não estatais;
- f) harmonize, unifique e implemente de maneira estratégica as recomendações dos Órgãos Diretores da OPAS com relação à redação e revisão de legislações relacionadas com a saúde.

(Sexta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R10: Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o *Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose* para o período 2016-2020 (documento CD54/11, Rev. 1), o qual propõe acelerar os esforços de controle para avançar em direção ao fim da epidemia de tuberculose e alcançar as metas propostas para 2019 do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

Reconhecendo os resultados importantes no controle da tuberculose na Região das Américas, demonstrados com a consecução antecipada das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relativos à tuberculose, devido aos esforços dos Estados Membros no emprego das estratégias de tratamento diretamente supervisionado encurtado e Stop TB;

Consciente de que, apesar dos êxitos, a tuberculose continua sendo um grave problema de saúde pública na Região das Américas, com mais de 280.000 casos novos estimados por ano, dos quais mais de 65.000 não são diagnosticados nem notificados;

Reconhecendo que o controle da tuberculose na Região enfrenta atualmente novos desafios ligados à transição epidemiológica em que vive a população, como o incremento das doenças não transmissíveis que favorecem a infecção e a doença tuberculosa (como o diabetes mellitus, as doenças mentais e os vícios nocivos), a persistência da transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as formas de tuberculose multirresistente e extensivamente resistente, a urbanização acelerada com o aumento da desigualdade social e de saúde das populações pobres de bairros marginais, e a falta de recursos econômicos necessários para que as atividades de controle se centrem nas populações mais desfavorecidas;

Levando em consideração a resolução WHA67.1 (2014) da Assembleia Mundial da Saúde que adota a *Estratégia mundial e as metas para a prevenção, a atenção e o controle da tuberculose após 2015*, na qual são incluídas ambiciosas metas para acabar com a epidemia da tuberculose e são introduzidas intervenções para o setor da saúde, com um enfoque multissetorial, de inovação técnica e de financiamento adequado;

Reconhecendo que o presente plano de ação significa uma plataforma para a implementação da estratégia mundial,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose* (documento CD54/11, Rev. 1).
2. Instar os Estados Membros, levando em conta seus contextos, necessidades e prioridades, a que:
 - a) ratifiquem o controle da tuberculose como uma prioridade nos programas de saúde;
 - b) renovem o compromisso político com a atribuição subsequente do financiamento adequado e dos recursos humanos necessários para o cumprimento das metas definidas nos planos nacionais;
 - c) considerem este plano de ação para a atualização dos planos estratégicos nacionais que guiarão a implementação da estratégia mundial de acordo com os contextos nacionais;
 - d) reforcem as medidas específicas relativas ao controle da tuberculose no setor da saúde de acordo com as normas internacionais de atenção à tuberculose, definidas na *Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde*, bem como na estratégia de atenção primária em saúde;

- e) incorporem um enfoque interprogramático e multissetorial ao controle da tuberculose, como proposto na estratégia mundial;
 - f) introduzam intervenções específicas de controle da tuberculose nas populações vulneráveis das cidades de acordo com a estrutura de trabalho da OPAS/OMS de controle da tuberculose em grandes cidades;
 - g) facilitem medidas de proteção para pessoas afetadas pela tuberculose e suas famílias, mediante acesso aos programas de proteção social existentes nos países;
 - h) envolvam as comunidades, as pessoas afetadas pela doença, as organizações da sociedade civil, e os associados técnicos e financeiros nacionais e internacionais nas atividades de prevenção e controle da doença.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) conceda assistência técnica aos Estados Membros na elaboração de planos estratégicos nacionais que incorporem a estratégia mundial com as adaptações necessárias aos contextos nacionais;
 - b) assessorie na implementação dos planos estratégicos nacionais;
 - c) avalie o cumprimento das metas propostas neste plano para 2019;
 - d) promova a incorporação de novas tecnologias e medicamentos para o diagnóstico, a prevenção e o tratamento da tuberculose;
 - e) informe aos Órgãos Diretivos os avanços da implementação do plano de ação e a consecução de suas metas.

(Sexta reunião, 30 de setembro de 2015)

CD54.R11: Estratégia e plano de ação para a demência em idosos

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado a *Estratégia e plano de ação para a demência em idosos* (documento CD54/8, Rev. 1) para o período 2015-2019;

Reconhecendo o rápido envelhecimento da população e o aumento da incidência e prevalência da dependência associada às demências na Região, e que isso constitui um assunto de saúde pública, uma questão de direitos humanos e uma prioridade para o desenvolvimento sustentável das sociedades;

Reconhecendo que as pessoas idosas com demência enfrentam estigma, exclusão social e barreiras para ter acesso aos serviços sociais e de saúde, o que aprofunda as desigualdades e iniquidades econômicas, sociais e de saúde para estas pessoas, suas famílias e seus cuidadores;

Reconhecendo que os dados científicos que estão surgindo sugerem que poderia ser possível, mediante ações de saúde pública e de previdência social, reduzir os fatores de risco associados às demências, e prevenir e retardar o surgimento da dependência e o aumento da necessidade de cuidados;

Reconhecendo que as pessoas idosas com demência, como sujeitos de direito, conforme seja o caso, deverão receber cuidados de curto, médio e longo prazo que garantam o máximo nível possível de independência, proteção e bem-estar, de acordo com suas capacidades funcionais, como parte da cobertura universal de saúde e previdência social;

Entendendo que as famílias, e especialmente as mulheres, ainda são responsáveis pela maior parte dos cuidados na Região, sem o devido preparo e sem o apoio necessário, com grande impacto em seu bem-estar físico, psicológico, social e financeiro; e que, no futuro próximo, as transformações demográficas e sociais limitarão a capacidade da família de responder à dependência e à necessidade de cuidados de curto, médio e longo prazo;

Reconhecendo que a Organização Mundial da Saúde definiu a demência como uma prioridade de saúde pública e promoveu a necessidade de gerar políticas para a provisão de cuidados de longo prazo para as pessoas que deles necessitem;

Considerando que a presente estratégia e plano de ação está alinhada com o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019;

Observando que a presente estratégia e plano de ação abordam os objetivos essenciais para responder às necessidades dos países, de acordo com seu contexto nacional,

RESOLVE:

1. Aprovar a *Estratégia e plano de ação para a demência em idosos* (documento CD54/8, Rev. 1), dentro do contexto das condições específicas de cada país.
2. Instar os Estados Membros a, conforme seja o caso e levando em consideração seu contexto e prioridades:
 - a) incluir as demências, a deficiência e a dependência em idosos como assuntos prioritários nas políticas nacionais de saúde e promover a implementação de planos e programas que ajudem a melhorar a educação e reduzir o estigma e os estereótipos sobre estas afecções, e colaborem para facilitar o acesso universal e equitativo a programas sociais e de saúde para a redução dos fatores de risco, a prevenção, a atenção e os cuidados a pessoas idosas com estes transtornos ou com risco dos mesmos, inclusive a prestação de cuidados de curto, médio e longo prazo e cuidados ao fim da vida;

- b) fortalecer a capacidade de seus sistemas de saúde e de sua rede de serviços para fomentar a promoção de estilos de vida saudáveis e intervenções preventivas baseadas em evidências para a redução de fatores de risco com impacto demonstrado na redução da incidência das demências, ou para retardar seu início e o desenvolvimento de suas complicações;
 - c) fortalecer a capacidade de seus sistemas de saúde e de sua rede de serviços para prover diagnóstico oportuno e intervenções baseadas em evidências às pessoas com demência ou risco de demência, que permitam a tais indivíduos melhorar ou manter sua capacidade funcional e prevenir ou evitar a dependência;
 - d) aumentar o acesso a recursos, programas e serviços a fim de prestar cuidados de curto, médio e longo prazo às pessoas idosas dependentes, particularmente as com demência, especialmente comunitários, integrados e progressivos, com participação intersetorial, da sociedade civil, da comunidade e das famílias;
 - e) estabelecer ou revisar os marcos legais e reguladores e mecanismos de execução, com relação às obrigações e compromissos internacionais aplicáveis, que permitam à autoridade nacional proteger os direitos humanos das pessoas com demência, especialmente aqueles que recebem cuidados a longo prazo, sejam comunitários ou institucionais, formais e informais;
 - f) apoiar a participação da sociedade civil, das comunidades e das famílias na formulação, implementação e avaliação de políticas, planos e programas para promover e proteger a saúde e o bem-estar das pessoas idosas com demência ou com risco de demência, bem como de suas famílias e cuidadores;
 - g) gerar processos que melhorem a capacitação dos recursos humanos do setor da saúde e do sistema de previdência social, bem como dos cuidadores formais e informais, sobre atenção e cuidados nestas afecções;
 - h) promover recursos, programas ou serviços que permitam o apoio às famílias e aos cuidadores e que contribuam para a proteção social, econômica e de seus direitos humanos, inclusive mediante atenção à sua saúde e bem-estar;
 - i) melhorem a compilação, análise e tradução da informação sobre demência, deficiência, dependência e cuidados a longo prazo, mediante pesquisa ou no marco dos sistemas nacionais de informação, que favoreçam o delineamento de intervenções efetivas e sua avaliação.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) fortaleça a cooperação da OPAS com os Estados Membros para promover e proteger a qualidade de vida das pessoas idosas com demência e o desfrute do maior nível possível de independência e bem-estar;
 - b) apoie os Estados Membros, quando o solicitarem, na elaboração, revisão e implementação de políticas, planos e programas nacionais que integrem indicadores sobre demência, deficiência, dependência e cuidados de curto, médio e longo prazo;

- c) gere cooperação técnica para fortalecer a pesquisa e os sistemas de informação em saúde, a fim de produzir, analisar e utilizar dados sobre demência, deficiência, dependência e cuidados de longo prazo que atendam critérios de qualidade, oportunidade e confiabilidade, especialmente mediante o acompanhamento de indicadores para avaliar os avanços e o impacto das intervenções;
- d) promova a cooperação técnica na capacitação dos recursos humanos dos setores social e da saúde, bem como dos cuidadores formais e informais, sobre a atenção e os cuidados nestas afecções;
- e) fomente alianças com organizações internacionais e outros organismos regionais e sub-regionais em apoio à resposta multissetorial que se fará necessária no processo de implementação deste plano de ação;
- f) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências e boas práticas, além de promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- g) facilite a colaboração técnica com os comitês, órgãos e relatorias das Nações Unidas e organismos interamericanos, além de promover alianças com outros organismos internacionais e regionais, instituições técnico-científicas e acadêmicas, a sociedade civil organizada, o setor privado e outros para promover a proteção e o respeito aos idosos com demência.

(Sétima reunião, 1^o de outubro de 2015)

CD54.R12: *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher*

O 54^o CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* (documento CD54/9, Rev. 2);

Tendo em mente que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece que “o aproveitamento do mais alto padrão atingível de saúde é um dos direitos fundamentais de cada ser humano sem distinção de raça, religião, crença política e condição econômica ou social”;

Observando que a violência contra a mulher constitui um problema de saúde pública de graves proporções e uma violação ou vulneração dos direitos humanos e das liberdades fundamentais da mulher, e impede ou anula a observância, o gozo e o exercício de tais direitos e liberdades;

Profundamente preocupado que a violência contra a mulher atinge uma em cada três mulheres nas Américas;

Consciente de que a violência contra a mulher pode assumir muitas formas, mas que a violência sexual, física e emocional praticada pelo parceiro contra uma mulher é a forma mais prevalente de violência contra a mulher;

Ciente de que a violência contra a mulher tem raízes na desigualdade de gênero e no desequilíbrio de poder entre homens e mulheres;

Consciente de que tal violência tem consequências profundas e permanentes para a saúde da mulher, saúde dos seus filhos e bem-estar das suas famílias e comunidades, e para a economia e o desenvolvimento das nações;

Reconhecendo que os sistemas de saúde têm um papel importante a desempenhar de prevenir e responder à violência contra a mulher como parte de um esforço abrangente e multissetorial;

Recordando a resolução WHA67.15 (2014), sobre o fortalecimento do papel do sistema de saúde para abordar a violência, em particular a violência contra as mulheres e meninas e contra as crianças;

Recordando outras resoluções relevantes dos Órgãos Diretivos da OPAS como a Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (CD53.R14 [2014]), Saúde e direitos humanos (CD50.R8 [2010]) e o Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero (CD49.R12 [2009]),

RESOLVE:

1. Aprovar e implementar a *Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher* no contexto das condições particulares de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração as responsabilidades comuns dos Estados federados, a:
 - a) melhorar a coleta e a divulgação de dados comparáveis sobre a magnitude, formas, fatores de risco e de proteção e consequências para a saúde da violência contra a mulher;
 - b) reforçar o papel dos próprios sistemas de saúde para abordar a violência contra a mulher a fim de assegurar que todas as mulheres em risco ou afetadas pela violência, inclusive as mulheres em situações de vulnerabilidade devido à própria condição socioeconômica, idade, identidade racial ou étnica, orientação sexual, identidade de gênero e/ou deficiências, tenham acesso oportuno, efetivo e financeiramente acessível aos serviços de saúde;
 - c) incentivar a abordagem da violência contra a mulher em iniciativas de saúde relevantes, como saúde materno-infantil, saúde sexual e reprodutiva, HIV/aids e saúde mental;

- d) promover a participação do sistema de saúde com outros parceiros do governo e da sociedade civil como parte de um esforço multissetorial para abordar a violência contra a mulher;
 - e) considerar as implicações orçamentárias relacionadas e salvaguardar recursos suficientes para apoiar a implementação dos esforços para abordar a violência contra a mulher.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) apoie a implementação da estratégia e plano de ação a fim de preservar e estreitar a colaboração entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e os países e territórios para abordar a violência contra a mulher;
 - b) continue a corroborar os esforços da OPAS e da OMS para produzir comprovação científica sobre a magnitude, tendências, consequências para a saúde e fatores de risco e de proteção relacionados à violência contra a mulher e sobre estratégias efetivas de prevenção e resposta a esse tipo de violência;
 - c) continue a apoiar os países e territórios, quando o solicitarem, dando assistência técnica para fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde para abordar a violência contra a mulher;
 - d) facilite a cooperação da OPAS com as comissões, órgãos e relatorias de direitos humanos das Nações Unidas e do sistema interamericano;
 - e) continue a priorizar a prevenção da violência contra a mulher e considerar a possibilidade de alocar mais recursos para implementar a estratégia e plano de ação.

(Sétima reunião, 1º de outubro de 2015)

CD54.R13: *Uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento*

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a *Proposta para o uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento* (documento CD54/16); e

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo com respeito às propostas de financiamento recomendadas no anexo A do documento CD54/16 (Necessidades de financiamento e fontes de recursos propostas), e observando que essas iniciativas estratégicas e administrativas cruciais têm sido difíceis de financiar dentro das limitações dos exercícios orçamentários bienais habituais,

RESOLVE:

Aprovar a alocação do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento, no total de US\$ 3.055.178, da seguinte maneira:

- a) implementação da Estratégia de Tecnologia da Informação: \$2.000.000;
- b) implementação da Estratégia de Recursos Humanos: \$1.055.178.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2015)

CD54.R14: Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Satisfeito com os serviços do atual Auditor Externo, Sr. Ramón Álvarez de Miranda García, titular do posto de Presidente do Tribunal de Contas da Espanha, e tendo em conta a anuência deste em continuar a servir como Auditor Externo da Organização Pan-Americana da Saúde,

RESOLVE:

1. Nomear o titular do posto de Presidente do Tribunal de Contas da Espanha como Auditor Externo das contas da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício biênio 2016-2017, e solicitar que leve a cabo as auditorias de conformidade com os princípios estipulados no Artigo XIV do Regulamento Financeiro da OPAS, ficando estipulado que, caso seja necessário, ele poderá designar um representante para atuar em sua ausência.
2. Solicitar à Diretora que emita uma nota verbal aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados em conformidade com os procedimentos estabelecidos, solicitando nomeações para um auditor de reputação internacional a ser considerado pelos Órgãos Diretores para nomeação como Auditor Externo da OPAS para os biênios 2018-2019 e 2020-2021.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2015)

CD54.R15: Plano de ação para a resistência antimicrobiana

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo presente a resolução CD41.R14 (1999) sobre doenças infecciosas emergentes e reemergentes e resistência antimicrobiana, e o documento CD51/15, Rev. 1, Add. I (2011) sobre a contenção da resistência aos antimicrobianos;

Ciente da importância de preservar os antibióticos como medicamentos essenciais que contribuem de maneira significativa para diminuir a morbimortalidade das doenças infecciosas, em particular em indivíduos em situação de vulnerabilidade, como pacientes com imunodepressão ou câncer, pacientes transplantados, internados em unidades de terapia intensiva e, em geral, toda pessoa afetada por doença infecciosa;

Levando em consideração as conquistas e os desafios na Região relacionados à vigilância e controle da resistência antimicrobiana, que servem de ponto de partida para a elaboração do *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* para o período 2015-2020 (documento CD54/12, Rev. 1);

Reconhecendo que a resistência antimicrobiana constitui uma ameaça para a saúde que requer uma resposta multissetorial e que o papel condutor do governo é, portanto, fundamental para o êxito;

Reconhecendo que, para obter o acesso oportuno a antimicrobianos eficazes, seguros, financeiramente acessíveis e de qualidade satisfatória assegurando o uso adequado na saúde humana, é necessário revisar os enfoques nacionais vigentes;

Baseando-se no espírito do pan-americanismo, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, nos instrumentos vinculantes universais e regionais de direitos humanos e na perspectiva de reduzir o impacto das doenças infecciosas e preservar a efetividade dos antimicrobianos, inclusive os antivirais, antifúngicos, antibacterianos e antiparasitários,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* (documento CD54/12, Rev. 1) e sua implementação nos contextos próprios de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração seu próprio contexto e prioridades, a:
 - a) renovar seu compromisso para apoiar o estabelecimento de planos de ação nacionais que consolidem as realizações nacionais e permitam definir e implementar intervenções concretas para combater a resistência aos antimicrobianos;
 - b) designar os recursos necessários para o funcionamento e o desenvolvimento adequados para a implementação dos planos nacionais de ação:
 - i. recursos humanos disponíveis e capacitados para prestar apoio a atividades de vigilância e monitoramento do uso adequado dos antimicrobianos para estimular o diálogo intersetorial e promover a participação cidadã e comunitária, bem como a colaboração dentro e fora do setor da saúde;
 - ii. recursos financeiros que assegurem a sustentabilidade do plano de ação e permitam a melhoria da capacidade dos laboratórios nacionais de saúde

pública, o acesso e uso adequado dos antimicrobianos e a colaboração entre setores;

- c) estabelecer plataformas de diálogo e intervenção multissetorial que sirvam para abordar a vigilância integrada das resistências, a regulamentação do uso dos antimicrobianos e a promoção da pesquisa e o desenvolvimento, bem como promovam a participação intersetorial (setor público, setor privado, outros ministérios, em particular da agricultura e da pecuária, e sociedade civil, entre outros) para potencializar os recursos e alcançar sinergias em favor da contenção das resistências;
- d) adotar ação urgente para promover o uso adequado dos antimicrobianos, considerando uma abordagem integral do processo, no qual o uso responsável dos antimicrobianos seja promovido por parte das pessoas ou consumidores por meio de educação e comunicação;
- e) estabelecer sistemas para detecção e monitoramento da resistência antimicrobiana, com gestão de qualidade que assegure a idoneidade dos dados dos laboratórios, bem como a integração de dados procedentes de outros setores e informação sobre o consumo de antimicrobianos;
- f) estimular e apoiar a pesquisa e o desenvolvimento para combater a resistência antimicrobiana, com a inclusão do setor acadêmico e do setor privado, para desenvolver novas ideias práticas que prolonguem a vida útil dos antimicrobianos e estimulem o desenvolvimento de novas técnicas diagnósticas e medicamentos antimicrobianos;
- g) alocar e utilizar de forma adequada os recursos para alcançar os objetivos do *Plano de ação para a resistência antimicrobiana* para o período 2015-2020;
- h) estabelecer mecanismos que permitam monitorar e avaliar a implementação de tal plano.

3. Solicitar à Diretora que:

- a) assegure que todas as entidades correspondentes da Repartição e dos escritórios nos países estejam comprometidas e coordenadas no apoio aos países para o combate à resistência antimicrobiana;
- b) colabore com os Estados Membros na implementação do presente plano no período 2015-2020 em conformidade com suas necessidades, mediante a aplicação de um enfoque multidisciplinar e intersetorial e levando em consideração a promoção da saúde, os direitos humanos, a igualdade de gênero, o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde;
- c) promova a implementação deste plano de ação e garantir seu alcance em todos os departamentos da Repartição, diferentes contextos e prioridades sub-regionais e nacionais, bem como a colaboração com os países e entre eles no planejamento de estratégias e intercâmbio de competências e recursos;

- d) destine recursos adequados para o trabalho da Repartição Sanitária Pan-Americana, em conformidade com o planejamento orçamentário da Organização, e continuar trabalhando pela captação ativa de recursos e promovendo alianças para respaldar a aplicação desta resolução;
- e) consolide e amplie a colaboração com a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) e a Organização Mundial de Saúde Animal (OIE) para combater a resistência antimicrobiana, em consonância com a iniciativa “Uma única saúde”;
- f) monitore e avalie a implementação deste plano de ação e apresentar periodicamente relatórios aos Órgãos Diretores sobre os progressos e as limitações na implementação do plano, bem como as adaptações, se necessário, a novos contextos e necessidades.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2015)

CD54.R16: Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017* (Documento Oficial 350);

Tendo examinado o relatório do Comitê Executivo (documento CD54/2);

Observando os esforços da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para propor um programa e orçamento que levem em consideração o clima financeiro tanto global como regional e suas implicações para os Estados Membros, além do cumprimento dos compromissos dos Estados Membros e da Organização em matéria de saúde pública;

Reconhecendo que o Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017 está em consonância com a reforma da OMS;

Reconhecendo com satisfação o emprego do enfoque de baixo para cima na preparação do Programa e Orçamento para a estimativa de custos dos resultados bienais, em conformidade com a gestão por resultados;

Levando em conta que se apresenta pela primeira vez um orçamento integrado, em que os Estados Membros aprovarão os recursos necessários à consecução dos resultados do biênio;

Considerando a aplicação contínua do sistema de gestão por resultados da OPAS, que incorpora os princípios de eficiência e eficácia, transparência e prestação de contas;

Tendo em mente o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o parágrafo 3.5 do Artigo III do Regulamento Financeiro da OPAS,

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho da OPAS com um orçamento de \$612,8 milhões para programas de base e \$35,0 milhões para programas especiais e resposta a emergências, conforme delineado no Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017.
2. Incentivar os Estados Membros a continuarem efetuando os pagamentos das suas cotas em tempo hábil no período 2016-2017, além dos atrasados que possam ter acumulado nos períodos orçamentários anteriores.
3. Solicitar aos Estados Membros da Região das Américas que continuem trabalhando com as outras regiões, no âmbito da reforma da OMS, para que, de maneira consensuada, se possa contar com uma proporção equitativa dos recursos da OMS.
4. Exortar a OMS ao pleno financiamento da margem orçamentária no orçamento alocado à Região das Américas.
5. Incentivar todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados a fazer contribuições voluntárias que estejam alinhadas com o Programa e Orçamento 2016-2017 e, dentro do possível, considerar a possibilidade de tornar essas contribuições plenamente flexíveis e destiná-las a um banco de recursos sem fim específico.
6. Alocar o orçamento referente ao período orçamentário 2016-2017 entre as seis categorias programáticas do seguinte modo:

Categoria	Orçamento
1. Doenças transmissíveis	\$102.389.000
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	\$58.028.000
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	\$81.242.000
4. Sistemas de saúde	\$109.196.000
5. Preparação, vigilância e resposta	\$59.811.000
6. Serviços institucionais e funções facilitadoras	\$202.134.000
Total para programas de base (Categorias 1 a 6)	\$612.800.000
Programas especiais e resposta a emergências	\$35.000.000

7. Financiar o orçamento aprovado para os programas de base da seguinte maneira e com as fontes de financiamento indicadas:

a) Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS	\$210.640.000
Menos o crédito do Fundo de Equalização de Impostos	(\$17.905.000)
b) Receitas Diversas Orçadas	\$25.000.000
c) Outras fontes	\$216.973.000
d) Alocação de financiamento à Região das Américas da Organização Mundial da Saúde	\$178.092.000
TOTAL	\$612.800.000

8. Solicitar à Diretora que, ao fixar as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, providencie que essas contribuições sejam reduzidas ainda mais pelo valor correspondente ao montante do seu crédito no Fundo de Equalização de Impostos, exceto que os créditos dos Estados que tributam os salários recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos pelo valor correspondente ao montante dos respectivos reembolsos de impostos efetuados pela RSPA.

9. Autorizar a Diretora para usar as contribuições fixas, receitas diversas, outras fontes como contribuições voluntárias da OPAS e recursos alocados da OMS à Região das Américas para financiar o orçamento como previsto no parágrafo 6 acima, sujeito à disponibilidade de financiamento.

10. Autorizar também a Diretora a fazer transferências do orçamento, conforme necessário, entre as seis categorias enumeradas no parágrafo 6 acima, até um montante não superior a 10% do orçamento alocado à categoria da qual a transferência é feita; as despesas decorrentes dessas transferências serão informadas na categoria final nos relatórios financeiros referentes ao período 2016-2017.

11. Solicitar à Diretora que defina, em consulta com os Estados Membros, um mecanismo de apresentação de relatórios parciais sobre a execução do Programa e Orçamento, que incluam o planejado, o financiado e o progresso no sentido dos resultados, bem como os riscos programáticos e de financiamento.

12. Solicitar à Diretora que informe aos Órgãos Diretores o nível de financiamento e de execução por cada fonte de financiamento enumerada no parágrafo 7 e por categorias e áreas do programa elencadas no Programa e Orçamento 2016-2017.

(Nona reunião, 2 de outubro de 2015)

CD54.R17: Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2016-2017

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na resolução CD54.R16 o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017 (Documento Oficial 350); e

Levando em consideração que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de contribuições fixas a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de cotas de contribuição adotada pela Organização dos Estados Americanos para os seus membros, e que na resolução CD54.R2, o Conselho Diretor adotou essa escala de contribuições para os membros da OPAS no período 2016-2017,

RESOLVE:

Estabelecer as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para os períodos financeiros de 2016 e 2017 de acordo com a escala de contribuições apresentada a seguir e nos valores correspondentes, que representam um crescimento nominal zero das contribuições brutas em relação ao período 2014-2015.

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2016-2017 (0% aumento nas contribuições fixas)										
Membros	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes por impostos arrecadados pelos Estados Membros sobre os salários do pessoal da RSPA		Contribuição líquida	
	2016 %	2017 %	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$
Antígua e Barbuda	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Argentina	2,400	2,400	2.527.680	2.527.680	214.860	214.860			2.312.820	2.312.820
Bahamas	0,049	0,049	51.607	51.607	4.387	4.387			47.220	47.220
Barbados	0,034	0,034	35.809	35.809	3.044	3.044			32.765	32.765
Belize	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Bolivia	0,056	0,056	58.979	58.979	5.013	5.013			53.966	53.966
Brasil	12,427	12,427	13.088.116	13.088.116	1.112.527	1.112.527			11.975.589	11.975.589
Canadá	10,583	10,583	11.146.016	11.146.016	947.443	947.443			10.198.573	10.198.573
Chile	1,347	1,347	1.418.660	1.418.660	120.590	120.590			1.298.070	1.298.070
Colômbia	1,311	1,311	1.380.745	1.380.745	117.367	117.367			1.263.378	1.263.378
Costa Rica	0,230	0,230	242.236	242.236	20.591	20.591			221.645	221.645
Cuba	0,132	0,132	139.022	139.022	11.817	11.817			127.205	127.205

**CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS
DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2016-2017
(0% aumento nas contribuições fixas)**

Membros	Escala ajustada aos membros da OPAS		Contribuição bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajustes por impostos arrecadados pelos Estados Membros sobre os salários do pessoal da RSPA		Contribuição líquida	
	2016 %	2017 %	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$	2016 US\$	2017 US\$
Dominica	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
El Salvador	0,086	0,086	90.575	90.575	7.699	7.699			82.876	82.876
Equador	0,322	0,322	339.130	339.130	28.827	28.827			310.303	310.303
Estados Unidos	59,445	59,445	62.607.474	62.607.474	5.321.814	5.321.814	6.000.000	6.000.000	63.285.660	63.285.660
Granada	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Guatemala	0,145	0,145	152.714	152.714	12.981	12.981			139.733	139.733
Guiana	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Haiti	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Honduras	0,042	0,042	44.234	44.234	3.760	3.760			40.474	40.474
Jamaica	0,070	0,070	73.724	73.724	6.267	6.267			67.457	67.457
México	6,788	6,788	7.149.122	7.149.122	607.696	607.696			6.541.426	6.541.426
Nicarágua	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Panamá	0,176	0,176	185.363	185.363	15.756	15.756			169.607	169.607
Paraguai	0,075	0,075	78.990	78.990	6.714	6.714			72.276	72.276
Peru	0,860	0,860	905.752	905.752	76.992	76.992			828.761	828.761
República Dominicana	0,317	0,317	333.864	333.864	28.379	28.379			305.485	305.485
Santa Lúcia	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
São Cristóvão e Nevis	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Suriname	0,026	0,026	27.383	27.383	2.328	2.328			25.056	25.056
Trinidad e Tobago	0,135	0,135	142.182	142.182	12.086	12.086			130.096	130.096
Uruguai	0,247	0,247	260.140	260.140	22.113	22.113			238.028	238.028
Venezuela	2,144	2,144	2.258.061	2.258.061	191.942	191.942	25.000	25.000	2.091.119	2.091.119
Subtotal	99,675	99,675	104.977.710	104.977.710	8.923.404	8.923.404	6.025.000	6.025.000	102.079.306	102.079.306
Estados Participantes										
França	0,128	0,128	134.915	134.915	11.468	11.468			123.447	123.447
Países Baixos	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Reino Unido	0,027	0,027	28.120	28.120	2.390	2.390			25.730	25.730
Subtotal	0,177	0,177	186.206	186.206	15.828	15.828			170.378	170.378
Membros Associados										
Aruba	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Curaçao	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Puerto Rico	0,082	0,082	86.573	86.573	7.359	7.359			79.214	79.214
Sint Maarten	0,022	0,022	23.170	23.170	1.970	1.970			21.201	21.201
Subtotal	0,148	0,148	156.084	156.084	13.268	13.268			142.817	142.817
TOTAL	100,0	100,0	105.320.000	105.320.000	8.952.500	8.952.500	6.025.000	6.025.000	102.392.500	102.392.500

(Nona reunião, 2 de outubro de 2015)

CD54.R18: Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015

O 54º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento *Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015* (documento CD54/23);

Lembrando que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram estabelecidos em setembro de 2000, a fim de alcançar oito objetivos de luta contra diversos problemas relativos à pobreza, educação, gênero, saúde, meio ambiente e desenvolvimento até o ano de 2015, mediante a Declaração do Milênio das Nações Unidas (resolução A/RES/55/2);

Destacando que, devido aos esforços realizados pelos Estados Membros e outros parceiros no âmbito do cumprimento dos ODM, foram obtidas melhoras muito importantes, entre elas a redução da mortalidade materna no âmbito mundial;

Reconhecendo a importância de se contar com uma avaliação periódica dos avanços para as metas estabelecidas nos ODM;

Lembrando que os primeiros indicadores foram elaborados em 2002 e começaram a ser empregados em 2003;

Considerando que, com base nas recomendações do Grupo Interagencial e de Especialistas, os primeiros indicadores foram modificados para incluir quatro novas metas na resolução A/RES/60/1 (2005) da Assembleia Geral das Nações Unidas, substituindo-se o método adotado em 2003;

Levando em consideração que depois de dois anos de consultas públicas, interação com a sociedade civil e negociações entre os Estados Membros das Nações Unidas, na Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável 2015, adotou-se no dia 25 de setembro a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;

Tendo observado que nos últimos anos trabalhou-se intensamente no que se refere à redução da mortalidade materna para acabar com a estagnação e acelerar sua redução, registrando-se uma importante diminuição e um avanço mundial com relação à meta estabelecida; e tendo observado, além disso, que a redução da mortalidade materna foi um dos principais eixos de ação das políticas e programas para melhorar a saúde das mulheres e que os esforços nacionais e regionais permitiram que a mortalidade materna fosse reduzida em média 40% de 1990 a 2013 na Região;

Reconhecendo que a maior parte dos países não alcançou a meta fixada nos ODM de conseguir uma redução de 75% nessa taxa de 1990 a 2015 e que, portanto, reduzi-la continua sendo um desafio central na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, razão pela qual se acordou, em coordenação com outras regiões, manter essa meta nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;

Levando em consideração que o Grupo Interagencial para a Estimativa da Mortalidade Materna, constituído pela OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial e Divisão de População das Nações Unidas, preparou para o período 1990-2015 estimativas da mortalidade materna obtidas mediante um modelo estatístico modificado que não coincide com o estabelecido na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10);

Preocupado porque a recente modificação do método de estimativa deste indicador por parte do Grupo Interagencial foi adotada sem o devido nível de consulta com os Estados Membros, o que gerou preocupação com relação à comparabilidade entre os países e a rastreabilidade histórica, podendo, portanto, criar dificuldades de compreensão e reprodução por parte das equipes técnicas dos ministérios da saúde;

Considerando que a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável inclui 17 objetivos que regerão os programas de desenvolvimento mundiais durante os próximos 15 anos,

RESOLVE:

1. Fazer um apelo à OMS, em coordenação com o Grupo Interagencial, para que:
 - a) realize oficinas com os Estados Membros sobre o método modificado de estimativa da mortalidade materna para o período 1990-2015, a fim de facilitar um diálogo aberto e avançar no sentido de um acordo;
 - b) adie a publicação das estimativas para depois da realização das oficinas, uma vez que se tenha chegado a um acordo; e
 - c) produza um documento que explique as diferenças entre os métodos e a razão da modificação.
2. Solicitar à OMS que, em coordenação com o Grupo Interagencial, não inclua as mortes maternas tardias e por sequelas nas estimativas correspondentes ao período 1990-2015, em conformidade com a CID-10.
3. Solicitar à OMS, em coordenação com o Grupo Interagencial, que caso se decida por um sistema modificado de estimativa, em consulta com os Estados Membros, produza a tempo para a aprovação dos indicadores da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável um conjunto de dados relevantes sobre a razão da mortalidade materna que utilize o método modificado, com o propósito de facilitar a comparabilidade com o período de medição 1990-2015.
4. Solicitar à OMS que, em coordenação com o Grupo Interagencial, trabalhe com os Estados Membros, a fim de ajustar, quando pertinente, as estimativas correspondentes a 1990-2015 nos casos em que se disponha de evidência confiável de fontes nacionais oficiais.

5. Reconhecer a importância de se melhorarem a disponibilidade e a qualidade dos dados estatísticos sobre as mortes maternas, inclusive as mortes tardias e por sequelas, com o propósito de obter uma melhora contínua na apresentação das informações estatísticas.
6. Solicitar à OMS que, em coordenação com o Grupo Interagencial, caso não se chegue a um acordo com os Estados Membros a respeito da modificação do método de estimativa da mortalidade materna correspondente ao período 1990-2015, e em consulta com as demais regiões, considere retomar a definição estabelecida na CID-10 e, quando pertinente, utilizar evidências confiáveis de fontes de informação nacionais oficiais.
7. Reiterar a necessidade de se estabelecer um processo de consulta inclusivo e amplo com o propósito de abordar as questões relativas à mudança metodológica.
8. Instar a que os Estados Membros:
 - a) reafirmem seu compromisso com a meta de diminuir a razão de mortalidade materna estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável;
 - b) trabalhem com o apoio da OMS e dos especialistas do Grupo Interagencial nos processos de estimativa da razão da mortalidade materna.
9. Solicitar à Diretora que:
 - a) defenda, na qualidade de Diretora do Escritório Regional da OMS para as Américas, a manifestação, por parte da OMS, aos membros do Grupo Interagencial do interesse dos Estados Membros de contar com um espaço de diálogo para revisar a proposta de modificação do método, permitindo garantir que esta seja homogêneo, transparente, baseado em evidências, reproduzível e que contribua para melhorar a prestação de contas;
 - b) promova a informação da razão de mortalidade por meio do uso da definição na CID-10 para a estimativa da mortalidade materna para o período 1990-2015;
 - c) defenda o respeito e a observância das normas de qualidade na publicação dos dados e a consulta aos Estados Membros quando for feita qualquer mudança ou modificação, a fim de verificar que as estimativas de cada país sejam coerentes e oportunas;
 - d) priorize os esforços regionais com vistas a contribuir para o cumprimento dos compromissos que garantem o bem-estar e a saúde humana, sob os princípios da transparência e da prestação de contas com os quais os países da Região vêm trabalhando para a consecução dos ODM;

- e) contribua, em coordenação com a Secretaria da OMS, com informações técnicas para as deliberações a respeito da matéria realizadas pelo Grupo Interagencial e de Especialistas sobre os Indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estabelecido pela Comissão de Estatística.

(Nona reunião, 2 de outubro de 2015)

Decisões

Decisão CD54(D1): Nomeação da Comissão de Credenciais

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou o Equador, Porto Rico e a República Bolivariana da Venezuela membros da Comissão de Credenciais.

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2015)

Decisão CD54(D2): Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu El Salvador Presidente, Antígua e Barbuda e Peru Vice-presidentes, e os Estados Unidos da América Relator do 54º Conselho Diretor.

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2015)

Decisão CD54(D3): Estabelecimento da Comissão Geral

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou o Chile, Cuba e São Vicente e Granadinas membros da Comissão Geral.

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2015)

Decisão CD54(D4): Adoção da agenda

Em conformidade com o Artigo 10 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho aprovou a agenda apresentada pela Diretora, com as modificações feitas pelo Conselho (documento CD54/1, Rev. 2).

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2015)

Decisão CD54(D5): Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial

O Conselho Diretor selecionou o Peru e a República Bolivariana da Venezuela como os Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial por um mandato, com início no dia 1º de janeiro de 2016 e encerramento no dia 31 de dezembro de 2018.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2015)

Decisão CD54(D6): O fenômeno El Niño na Região das Américas

O 54º Conselho Diretor da OPAS,

Levando em conta a proposta apresentada pela Delegação do Peru com respeito aos possíveis impactos graves do El Niño 2015-2016 para a saúde e considerando as previsões derivadas do monitoramento internacional, dos estudos e dos sistemas hidrometeorológicos de alerta, que indicam que o El Niño se encontra em sua fase madura no Pacífico tropical, tem uma magnitude forte e poderia alcançar sua intensidade máxima entre novembro de 2015 e o início de 2016,

DECIDE:

Instar os Estados Membros, conforme o caso, a atualizar e implementar seus planos de mitigação, preparação, resposta e recuperação para eventos hidrometeorológicos extremos como o El Niño, a fim de proteger a saúde e a vida da população.

A solicitar à Diretora que fortaleça a cooperação técnica com os Estados Membros na formulação das políticas e programas destinados à mitigação, preparação e resposta ao El Niño 2015-2016, e promova iniciativas regionais e nacionais que levem a um melhor entendimento dos impactos do El Niño sobre a saúde.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2015)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Presidente do 54º Conselho Diretor, Delegada de El Salvador, e a Secretária ex officio, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, firmam o presente Relatório Final no idioma espanhol.

FEITO em Washington, D.C., neste segundo dia de outubro, no ano de dois mil e quinze. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana. O Relatório Final será publicado sobre na página da Organização Pan-Americana da Saúde na Internet tão logo seja aprovado pelo Primeiro Vice-presidente.

Violeta Menjívar
Delegada de El Salvador
Presidente do
54º Conselho Diretor

Carissa F. Etienne
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana
Secretária ex officio do
54º Conselho Diretor

AGENDA

- 1. ABERTURA DA SESSÃO**
 - 2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO**
 - 2.1 Nomeação da Comissão de Credenciais
 - 2.2 Eleição da Mesa Diretora
 - 2.3 Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS
 - 2.4 Estabelecimento da Comissão Geral
 - 2.5 Adoção da agenda
 - 3. ASSUNTOS RELATIVOS À CONSTITUIÇÃO**
 - 3.1 Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo
 - 3.2 Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - 3.3 Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato do Canadá, Jamaica e Paraguai
 - 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017
 - 4.2 Nova escala das contribuições fixas
 - 4.3 Reforma da OMS
 - 4.4 Plano de ação para imunização
 - 4.5 Estratégia e plano de ação para a demência em idosos
 - 4.6 Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher
-

- 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS** *(cont.)*
 - 4.7 Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores
 - 4.8 Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose
 - 4.9 Plano de ação para a resistência antimicrobiana
 - 4.10 Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais
 - 4.11 Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde
 - 4.12 O fenômeno El Niño 2015-2016 na Região das Américas
 - 4.13 Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015

- 5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS**
 - 5.1 Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
 - 5.2 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2014
 - 5.3 Proposta para o uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento
 - 5.4 Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras da OPAS
 - 5.5 Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017

- 6. SELEÇÃO DE ESTADOS MEMBROS PARA COMISSÕES E COMITÊS**
 - 6.1 Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial
 - 6.2 Eleição de três membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

7. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO

- 7.1 Metas regionais em matéria de recursos humanos para a Saúde 2007-2015: relatório final
- Relatório sobre o desenvolvimento da Estratégia mundial sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030
- 7.2 Avaliação do Plano de ação para a implementação da política de igualdade de gênero e linhas estratégicas de ação propostas
- 7.3 Relatório sobre a transmissão e o impacto do vírus chikungunya na Região das Américas
- 7.4 Regulamento Sanitário Internacional e a doença causada pelo vírus Ebola
- Consulta regional sobre o esquema de monitoramento do RSI após 2016
- 7.5 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:
- A. Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
 - B. Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas
 - C. Plano de ação sobre segurança viária
 - D. Prevenção e controle da dengue nas Américas
 - E. A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central
 - F. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- 7.6 Resoluciones y otras acciones de las organizaciones intergubernamentales de interés para la OPS:
- A. 68.^a Assembléia Mundial da Saúde
 - B. Quadragésimo-quinto período ordinário de sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - C. Organizações sub-regionais

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

OD349 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2014

OD350, Add. I, Add II e Programa e Orçamento da OPAS 2016-2017
Add. III, Rev. 1

Documentos de trabalho

CD54/1, Rev. 3 Agenda

CD54/2 Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo

CD54/3 Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana

CD54/4 Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato do Canadá, Jamaica e Paraguai

CD54/5, Rev. 1 Nova escala das contribuições fixas

CD54/6 Reforma da OMS

CD54/7, Rev. 2 Plano de ação para imunização

CD54/8, Rev. 1 Estratégia e plano de ação para a demência em idosos

CD54/9, Rev. 2 Estratégia e plano de ação para o reforço do sistema de saúde para abordar a violência contra a mulher

CD54/10, Rev. 1 Plano de ação sobre a saúde dos trabalhadores

CD54/11, Rev. 1 Plano de ação para prevenção e controle da tuberculose

CD54/12, Rev. 1 Plano de ação para a resistência antimicrobiana

CD54/13, Rev. 1 Plano de ação para prevenção e controle das hepatites virais

CD54/14, Rev. 1 Estratégia sobre a legislação relacionada com a saúde

CD54/15 e Add. I Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas

Documentos de trabalho (*cont.*)

CD54/16	Proposta para o uso do saldo dos excedentes das IPSAS e do orçamento
CD54/17	Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras da OPAS
CD54/18, Rev. 1	Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2016-2017
CD54/19	Seleção de dois Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para integrar o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial
CD54/20	Eleição de três Membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CD54/21	[ao qual foi dado um novo nome, <i>Documento Oficial 350</i>]
CD54/22	O fenômeno El Niño 2015-2016 na Região das Américas
CD54/23	Método para a estimativa da mortalidade materna no período 1990-2015

Documentos para informação

CD54/INF/1	Metas regionais em matéria de recursos humanos para a Saúde 2007-2015: relatório final
CD54/INF/1, Add. I	Relatório sobre o desenvolvimento da Estratégia mundial sobre recursos humanos para a saúde: força de trabalho 2030
CD54/INF/2	Avaliação do Plano de ação para a implementação da política de igualdade de gênero e linhas estratégicas de ação propostas
CD54/INF/3	Relatório sobre a transmissão e o impacto do vírus chikungunya na Região das Américas
CD54/INF/4	Regulamento Sanitário Internacional e a doença causada pelo vírus Ebola
CD54/INF/4, Add. I	Consulta regional sobre o esquema de monitoramento do RSI após 2016

Documentos para informação (cont.)

- CD54/INF/5 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:
- A. Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
 - B. Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco-dental para as Américas
 - C. Plano de ação sobre segurança viária
 - D. Prevenção e controle da dengue nas Américas
 - E. A doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central
 - F. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde nos sistemas de saúde
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- CD54/INF/6 Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:
- A. 68^a Assembléia Mundial da Saúde
 - B. Quadragésimo-Quinto Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - C. Organizações sub-regionais

**LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES
OFFICERS/MESA DIRECTIVA**

President / Presidente:	Dra. Violeta Menjívar (El Salvador)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. Molwyn M. Joseph (Antigua and Barbuda)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Aníbal Velásquez Valdivia (Peru)
Rapporteur / Relator:	Mr. Charles Darr (United States of America)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Molwyn Morgorson Joseph, MP
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
St. John's

Delegate – Delegado

Dr. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health and the Environment
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Gustavo Gollán
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dra. Andrea Cecilia Carbone
Subsecretaria de Relaciones Sanitarias e
Investigación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Jorgelina Costanzi
Profesional a cargo de la Dirección Nacional
de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Srta. Luciana Amighini
Coordinadora de Ceremonial y Protocolo
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sra. Valeria Zapesochny
Coordinadora General de Información
Pública y Comunicación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Raquel Méndez
Directora del Instituto Nacional de la
Administración de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Leonardo Verna
Sub-interventor de la Administración
Nacional de Medicamentos,
Alimentos y Tecnología Médica
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Marina Pasinovich
Asesora, Secretaría de Promoción y
Programas Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Srta. Cecilia Meirovich
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Michael Perry Gomez, MP
Minister of Health
Ministry of Health of the Commonwealth of
the Bahamas
Nassau

Delegates – Delegados

Mr. Marco Rolle
Permanent Secretary
Ministry of Health
Nassau

Dr. Glen Beneby
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Nassau

Alternates – Alternos

Ms. Tracee Dorestant
Second Secretary
The Embassy of the Commonwealth of
the Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John D. E. Boyce, MP
Minister of Health
Ministry of Health
St. Michael

Delegates – Delegados

H.E. Mr. John Beale
Ambassador to the United States and
Permanent Representative of Barbados to
the Organization of American States
Washington, D.C.

BARBADOS (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Tennyson Springer
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

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

Dr. E. Arthur Phillips
Medical Officer
Ministry of Health
St. Michael

Alternates - Alternos

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

Ms. Nicole Natasha Parris
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Angela Mary Patricia Kinch
First Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Ardelle Lisette Sabido
Minister Counselor, Alternate Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**BOLIVIA (PLURINATIONAL STATE OF/
ESTADO PLURINACIONAL DE)**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Carla Parada Barba
Viceministra de la Salud y Promoción
Ministerio de Salud
La Paz

Delegate – Delegado

Excmo. Sr. Diego Pary
Embajador, Representante Permanente de
Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Adriano Massuda
Secretário de Ciência, Tecnologia e
Insumos Estratégicos
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. José Luiz Machado e Costa
Embaixador, Representante Permanente
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Bernardo Paranhos Velloso
Ministro Conselheiro, Representante Alterno
do Brasil junto à Organização dos
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Especial do Ministro para
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Giliate Cardoso Coelho Neto
Diretor do Departamento de Informática
do SUS – DATASUS
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Indiara Meira Gonçalves
Técnica da Assessoria de
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Eduardo Shigueo Fujikawa
Técnico da Assessoria Internacional
Ministério da Saúde
Brasília

Sec. Erwin Epiphanyo
Representante Alterno do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sec. Laís Garcia
Representante Alternata do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Sarah Lawley
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Her Excellency Jennifer Loten
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Ms. Natalie St. Lawrence
Director, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Alternates – Alternos

Ms. Lucero Hernandez
Manager, Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mrs. Maude Kostine
Alternate Representative of Canada to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer and Alternate
Representative of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Dr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Advisor
Global Issues and Development Branch
Department of Global Affairs, Trade
and Development
Ottawa

Dr. Andre Dontigny
Directeur, Direction du développement des
individus et de l'environnement social à la
Direction générale de la santé publique
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Sara Veilleux
Coordonnatrice de la coopération
internationale
Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Sr. Juan Pablo Lira
Embajador, Representante Permanente de
Chile ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Matilde Maddaleno
Jefa, Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Dr. Pedro Crocco
Jefe, División de Prevención y Control
de Enfermedades
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

Dr. Daniel Soto Castillo
Jefe de Gabinete
Subsecretaría de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

Sr. Francisco Javier Devia
Primer Secretario, Representante Alterno de
Chile ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Mila Francisco
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Fernando Ruiz Gómez
Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Andrés González Díaz
Embajador, Representante Permanente
de Colombia ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Germán Andrés Calderón Velásquez
Coordinador de Asuntos Sociales
Ministerio de Relaciones Exteriores
Bogotá

Alternates – Alternos

Sr. Jaime Matute Hernández
Coordinador de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Sra. Adriana Maldonado Ruiz
Consejera, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Luisa Fernanda Rueda Rojas
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. María Esther Anchía Angulo
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Pablo Barahona Kruger
Embajador de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Johssua Céspedes Víquez
Consejero de Costa Rica ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Marcia Cobas Ruiz
Viceministra Primera del Ministerio de
Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Delegates – Delegados

Dr. Antonio Diosdado González
Asistente del Departamento de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

Sr. Jesús Perz
Consejero
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Kenneth Darroux
Minister for Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Roseau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

DOMINICA

Delegates – Delegados

H.E. Hubert J. Charles
Ambassador
Permanent Representative of Dominica to
the Organization of the American States
Washington, D.C.

Dr. David Johnson
Acting Chief Medical Officer
Ministry of Health
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Excmo. Dr. Sergio Sarita Valdez
Coordinador de Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Víctor Tirado
Embajador Alterno de la República
Dominicana ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Valentín del Orbe
Ministro Consejero, Representante
Alterno de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sra. Érika Álvarez Rodríguez
Consejero, Representante Alterna de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Magister Carina Vance Mafla
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

Excmo. Marco Albuja Martínez
Embajador, Representante Permanente del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Excmo. Marcelo Vázquez Bermúdez
Embajador, Representante Permanente
Alterno del Ecuador ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Emilio José Arauz Triviño
Consejero, Representante Alterno del
Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Miguel Loayza
Segundo Secretario, Representante Alterno
del Ecuador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Magister Carlos Emanuele
Director Nacional de Cooperación y
Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

Lic. Cristina Luna
Coordinadora de Cooperación Multilateral
Dirección de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Elvia Violeta Menjívar
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegates – Delegados

Dr. José Eliseo Orellana
Asesor del Despacho Ministerial
Ministerio de Salud
San Salvador

Emb. Lilian Godoy de Cardoza
Encargada de Negocios, a.i.
Misión Permanente de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Srta. Wendy J. Acevedo
Representante Alterna de El Salvador ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele
Minister for Health and Social Security
Ministry for Health and Social Security
Grenada

Delegates – Delegados

Dr. George Mitchell
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Social Security
St. George's

GRENADA/GRANADA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Mr. Javan Williams
Permanent Secretary
Ministry of Health and Social Security
St. George's

Alternate – Alterno

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

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. George Norton
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

Delegates – Delegados

Mr. Trevor Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Public Health
Georgetown

Dr. Morris Edwards
Chief Medical Officer (ag)
Ministry of Public Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Georges Dubuche
Directeur Générale
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAITÍ (cont.)

Delegates – Delegados

H.E. Bocchit Edmond
Ambassador, Interim Representative of
Haiti to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Dr. Jean Patrick Alfred
Directeur de l'Unité d'Etude et de
Planification
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Alternate – Alterno

Dr. Jocelyne B. Pierre Louis
Directrice de la Direction de la Promotion
de la Santé
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

HONDURAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Edna Yolani Batres
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Leonidas Rosa Bautista
Embajador, Representante Permanente de
Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández
Directora General de Normalización
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

HONDURAS (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Carlos Edgardo Claudino Fajardo
Asesor del Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Lic. Nancy Padilla Arias
Jefe de la Unidad de Comunicación
Institucional
Despacho de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Sr. Luis Cordero
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Honduras ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Fenton Ferguson
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

Dr. Kevin Harvey
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

H.E. Ralph Samuel Thomas
Ambassador to the United States and
Permanent Representative of Jamaica to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Marion Bullock DuCasse
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Fabia Lamm
Regional Director
North East Regional Health Authority
Kingston

Dr. Lundie Richards
Director, Health Services Planning and
Integration
Ministry of Health
Kingston

Ms. Ava-Gay Timberlake
Director, International Cooperation in Health
Ministry of Health
Kingston

Ms. Julia Hyatt
Deputy Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

Mrs. Claudia Beckford
PAHO Intern

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Delegates – Delegados

Dr. Pablo Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sra. Alejandra García Brahim
Ministra, Representante Permanente Alternativa
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Miguel Ángel Lutzow Steiner
Coordinador de Asesores
Subsecretaría de Prevención y Promoción
de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Cristina Narváez Medécigo
Asesora de la Subsecretaría de Prevención y
Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete
Director General de Promoción de la Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

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

My. Eric Omar Salinas Flores
Oficina de la C. Secretaría de Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Sra. Martha Leticia Caballero Abraham
Directora de Cooperación Bilateral y
Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. José Gustavo Valle Mendoza
Subdirector de Gestión Interamericana
Secretaría de Salud
México, D.F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sr. Luis Alberto del Castillo Bandala
Ministro, Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del
Sector Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Jesús Schucry Giacoman Zapata
Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Christopher Schubert Letayf
Representante Alterno de
México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Mario Alberto Puga
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Daniel Alberto Cámara Ávalos
Representante Alterno de México ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Lic. Luis Alvarado
Ministro Consejero, Representante Alterno
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

NICARAGUA (cont.)

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Denis Ronaldo Moncada
Embajador, Representante Permanente de
Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Julieta Blandón
Primera Secretaria, Representante Alternas
de Nicaragua ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Jesús Sierra Victoria
Embajador, Representante Alternos de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Lic. Natasha Dormoi
Directora de Asuntos Internacionales y
Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates – Alternos

Sr. Jaime Paolo
Director Nacional de Asesoría Legal
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Luis Vega
Asesor Ministerial
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Sr. Demetrio Fong Vigil
Consejero, Representante Alterno de
Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Delegates – Delegados

Dra. Rocío Fernández de Brítez
Directora General de Asesoría Jurídica
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Excma. Sra. Elisa Ruíz Díaz Bareiro
Embajadora, Representante Permanente de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dra. Patricia Giménez León
Directora General de Planificación
y Evaluación
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Jorge Magno Brítez Acosta
Consejero, Instituto de Previsión Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Sr. Ricardo Fabián Chávez Galeano
Attaché, Misión Permanente del Paraguay
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Aníbal Velásquez Valdivia
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Lic. Arturo Javier Granados Mogrovejo
Director General
Oficina de Descentralización
Ministerio de Salud
Lima

Dr. Víctor Raúl Cuba Oré
Director General
Oficina General de Cooperación
Internacional
Ministerio de Salud
Lima

Alternates – Alternos

Sr. José Luis Gonzales Donayre
Ministro, Representante Alterno del
Perú ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Ana Lucía Nieto Frías de Kesity
Ministra Consejera, Representante Alternata
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Yésica Fonseca Martínez
Primera Secretaria, Representante Alternata
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alvina Reynolds
Minister of Health, Wellness, Human
Services and Gender Relations
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

Delegates – Delegados

H.E. Elizabeth Darius-Clarke
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Lucia to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Ms. Cointha Thomas
Permanent Secretary
Ministry of Health, Wellness, Human
Services, and Gender Relations
Waterfront, Castries

**SAINT KITTS AND NEVIS/SAINT KITTS
Y NEVIS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Andrew Skerritt
Permanent Secretary
Ministry of Health
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Clifton Clayton Burgin
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

Delegate – Delegado

Dr. Simone Keizer-Beache
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Sachi Antrieka-Ramlal-Soekhoe
Interim Representative of Suriname to the
Organization of American States
Washington, D.C.

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Colin Connelly
Chargé d’Affaires, a.i.
Embassy of the Republic of Trinidad
and Tobago
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Delegate – Delegado

Mrs. Zauditu Lessey-Perreira
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 Sylvia Mathews Burwell
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Mr. Jimmy Kolker
Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Mitchell Wolfe
Deputy Assistant Secretary
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Dr. Nerissa Cook
Deputy Assistant Secretary of State
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Peter Mamacos
Director, Multilateral Affairs
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Ann Blackwood
Senior Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Melissa Kopolow McCall
Health Advisor
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Maeve McKean
Senior Advisor to the Assistant Secretary for
Global Affairs
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Ms. Cristina Rabadan-Diehl
Director
Office of the Americas
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington

Ms. Jennifer Slotnick
Health Team Leader
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Charles Darr
Lieutenant
United States Public Health Service
International Health Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Jose Fernandez
Global Health Security Agenda Team Lead
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Robin Go
Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Deborah Horowitz
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Jennyfer Jones
Senior Advisor, Office of Management Policy
and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Natalia Machuca
Office of Regional Sustainable Development
Bureau of Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Mr. Colin McIff
Health Attaché
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
United States Mission
Geneva

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Katherine Monahan
Deputy Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Allison O'Donnell
International Health Analyst, Americas
Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Mr. Stephen O'Dowd
Office Director
Office of Economic and Development Affairs
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Laura Olsen
International Health Analyst,
Americas Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Rachel Wood
International Health Analyst
Multilateral Affairs Office
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Katie Qutub
Senior Health System Strengthening Advisor
Bureau for Latin America and the Caribbean
Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Amanda Wall
Attorney-Adviser
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Claudia Morón de Porras
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Delegates – Delegados

Lic. Luis Sastre Soto
Director General de la Oficina de Integración
y Asuntos Internacionales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Hilda González Cao
Directora de Relaciones Multilaterales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Lic. Julio Colmenares Corona
Coordinador de Organismos Multilaterales
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternates – Alternos

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Representante Alternata de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Sra. Zhaybel Cárdenas
Consejera, Representante Alternata de la
República Bolivariana de Venezuela ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**VENEZUELA (BOLIVARIAN REPUBLIC OF/
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE)** (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Asbina Marín
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Otto Basso Garrido
Ministro de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Delegates – Delegados

Excmo. Sr. Hugo Cayrús
Embajador, Representante Permanente del
Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

Sr. Pedro Valenzuela
Representante Alternata del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Paula Rolando
Representante Alternata del Uruguay ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

M. Michel Pinard
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegate – Delegado

Madame Morgane Buffet
Observateur Permanent Adjointe de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Drs. Regine M.A.Th. Aalders
Counselor for Health, Welfare and Sports
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
The Netherlands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nick Tomlinson
Head of International Branch
Public Health Directorate
Department of Health
United Kingdom

Delegates - Delegados

Hon. Jeanne J. Atherden
Minister of Health
Ministry of Health
Seniors and Environment
Bermuda

Mr. Wesley Clerveaux
Permanent Secretary
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Hon. Mrs. Delmaude Ryan
Minister of Education, Health and
Social Services – and Deputy Premier
Ministry of Education, Health and
Social Services
Brades, Montserrat

Alternates – Alternos

Ms. Jackurlyn Sutton
Chief Nursing Officer
Ministry of Health, Agriculture and
Human Services
Grand Turk, Turks and Caicos Islands

Dr. Cheryl Peek-Ball
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Seniors and Environment
Bermuda

Dr. Jennifer Attride-Stirling
Permanent Secretary
Ministry of Health, Seniors and Environment
Bermuda

Mr. David Kendell
Director of Health
Ministry of Health
Bermuda

Mrs. Dorothea Hazel
Epidemiologist/Health Planner
Ministry of Education, Health and
Social Services
Brades, Montserrat

ARUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Alex Schwengle
Minister of Health and Sports
Ministry of Health and Sports
Oranjestad

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA (*cont.*)

Delegates – Delegados

Mr. Rendolf A. Lee
Minister Plenipotentiary for Aruba
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, D.C.

Ms. Angela Guiro
Special Assistant to the Minister
Plenipotentiary for Aruba
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington, D.C.

CURAÇAO

PUERTO RICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Raúl G. Castellanos Bran
Subsecretario Auxiliar de Salud Familiar y
Servicios Integrados
Departamento de Salud
San Juan

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Virginia S. Asin Oostburg
Head of the Collective Prevention Services
Ministry of Social Development, Health and
Labour
Philipsburg

Delegates – Delegados

Drs. Fenna M.R. Arnell
Head of Public Health Department
Ministry of Social Development, Health and
Labour
Philipsburg

Dr. Margje Troost
Policy Worker
Public Health Department
Ministry of Social Development, Health, and
Labour
Philipsburg

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

SPAIN/ESPAÑA

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

Sra. María Cruz Ciria
Jefa, Área de Salud del Departamento de
Cooperación Sectorial
Agencia Española de Cooperación
Internacional para el Desarrollo
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (*cont.*)

Sr. D. Guillermo Marín
Observador Permanente Adjunto de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Patricia Martín-Albo Jiménez
Becaria
Misión Observadora Permanente de España
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

**REPRESENTATIVES OF THE EXECUTIVE COMMITTEE/
REPRESENTANTES DEL COMITÉ EJECUTIVO**

Dr. Antonio C. Barrios Fernández
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción, Paraguay

Dra. María Esther Anchía
Viceministra de Salud
Ministerio de Salud
San José, Costa Rica

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

**Economic Commission for Latin America
and the Caribbean/Comisión Económica
para América Latina y el Caribe**

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García

**International Atomic Energy Agency/
Organismo Internacional de Energía
Atómica**

Ms. May Abdel Wahab
Mr. Luca Li Bassi

**UNAIDS, Joint United Nations Programme
on HIV/AIDS/ONUSIDA, Programa Conjunto
de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida**

Dr. Edward Greene
Dr. Miriam Chipimo
Dr. César Antonio Núñez
Dr. Benjamin Alli

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

Sra. Luisa Brumana

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Amb. Irwin LaRocque
Dr. Douglas Slater
Ms. Glenda Itiaba
Dr. Rudolph Cummings
Mr. Dereck Springer

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos
Dr. Ricardo Cañizares

**Inter-American Commission of Women/
Comisión Interamericana de Mujeres**

Sra. Alejandra Mora Mora
Sra. Carmen Moreno Toscano

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

Sr. Héctor Salazar

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

Mr. Luis Almagro Lemes

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

**American Speech-Language-Hearing
Association/Asociación Americana del
Habla, Lenguaje y Audición**

Mrs. Lily Waterston

**Inter-American Association of Sanitary
and Environmental Engineering/
Asociación Interamericana de Ingeniería
Sanitaria y Ambiental**

Ing. Luiz Augusto de Lima Pontes
Ing. Pilar Tello Espinoza

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

Dr. Alfredo Antia
Dr. Rubén Abete

**Latin American Federation of the
Pharmaceutical Industry/
Federación Latinoamericana de la Industria
Farmacéutica**

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba
Dr. Rodney López
Sra. Nacia Pupo
Mrs. Kira Alvarez

U.S. Pharmacopeia

Mr. 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. Marc Wortmann
Ms. Kate Gordon
Mr. Johan Vos

**International Alliance of Patients'
Organizations/Alianza Internacional
de Organizaciones de Pacientes**

Ms. Maria Julia Muñoz Serrano
Mrs. Eva Maria Ruiz de Castilla

Consumers International

Mr. Alejandro Calvillo

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

**Framework Convention Alliance for
Tobacco Control/Alianza para el Convenio
Marco para el Control del Tabaco**

Mr. Laurent Huber
Mrs. Kelsey Romeo-Stuppy

Mr. Maria José Cisneros
Mr. Arthur Mello
Ms. Aline Khatchikian
Ms. Chérine Zaim
Mr. Jorge Acosta

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

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

**International Diabetes Federation/
Federación Internacional de Diabetes**

Mrs. Sharon Fraser

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Maria del Pilar Rubio-Mejia
Ms. Kathleen Laya
Ms. Julie Hamra
Mr. Robert Simpson
Mr. Vincent Bonelli
Mr. José Noguera

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Excelentísimo Sr. Juan Orlando Fernández
Presidente de la República de Honduras

Dr. María Isabel Rodríguez
El Salvador
PAHO Public Health Hero of the Americas/
Héroe de la Salud Pública en las Américas

Sra. Ana García de Hernández
Primera Dama de Honduras

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

Dr. Margaret Chan
Director-General

Dr. Mary-Anne Land
Executive Officer
Office of the Director-General

Mrs. Cecilia Rose
Director
Department for Governing Bodies and
External Relations

Dr. Hans Troedsson
Assistant Director-General

Dr. Florence Janine Fuchs
Coordinator
IHR Capacity Assessment, Development
and Maintenance

Dr. Winnie K. Mpanju-Shumbusho
Assistant Director-General

Dr. Gaudenz Ulrich Silberschmidt
Director, Partnerships and Non-State Actors
Policy and Strategic Directions

Dr. Agnès Souca
Director
Health Systems Governance
and Financing

**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. Carissa F. Etienne

**Advisors to the Director
Asesores de la Directora**

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco C. Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

Dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of the Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina del Asesor
Jurídico

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

- - -