



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



# **51º CONSELHO DIRETOR**

## **63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011*

---

CD51/FR (Port.)  
30 de setembro de 2011  
ORIGINAL: INGLÊS

**RELATÓRIO FINAL**

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>Abertura da Sessão</b> .....	6
<b>Assuntos Procedimentais</b>	
Nomeação da Comissão de Credenciais .....	6
Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator .....	6
Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS .....	7
Formação da Comissão Geral .....	7
Adoção da Agenda .....	7
<b>Assuntos Relativos à Constituição</b>	
Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo .....	7
Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana .....	8
Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti .....	12
<b>Assuntos Relativos à Política de Programas</b>	
Programas e Orçamento da OPAS para 2012–2013 .....	12
Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana .....	15
Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática .....	18
Plano de Ação sobre Segurança Viária .....	20
Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool .....	22
Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública .....	23
Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia .....	25
Estratégia e Plano de Ação para a Malária .....	26
Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e a Morbidade Materna Grave .....	28
Estratégia e Plano de Ação sobre <i>e-Saúde</i> .....	33
Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva .....	36
Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos .....	40
<b>Assuntos Administrativos e Financeiros</b>	
Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições .....	42
Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2010 .....	44
Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2012–2013 e 2014–2015 .....	46
Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana .....	48

**ÍNDICE** (cont.)

*Página*

**Seleção de Estados Membros para Juntas ou Comitês**

Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assesor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) .....	48
---	----

**Prêmios**

Prêmio OPAS em Administração, 2011 .....	48
Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança na Saúde Pública Interamericana de 2011 .....	49
Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética de 2011 .....	49
Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Saúde Pública de 2011 .....	50
Outros Prêmios Conjuntos da PAHEF e OPAS.....	50

**Assuntos para Informação**

Consulta Regional sobre a Reforma da OMS .....	51
Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA .....	55
Relatório sobre a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis .....	56
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos .....	59
(A) Imunização: Desafios e Perspectivas .....	59
(B) Implantação da Estratégia Mundial e Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual.....	59
(C) Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco.....	59
(D) Implantação do Regulamento Sanitário Internacional.....	59
(E) Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas.....	59
(F) Situação dos Centros Pan-Americanos.....	59
(G) Iniciativa Regional e Plano de Ação para Segurança nas Transfusões para 2006–2010: Avaliação Final.....	63
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros .....	65
(A) Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS).....	65
(B) Plano Mestre de Investimentos de Capital.....	66

## ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS .....	67
(A) 64. <sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde .....	67
(B) Quadragésimo Primeiro Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos	
(C) Organizações sub-regionais .....	67
<b>Outros Assuntos</b>	
Vigésimo Quinto Aniversário do Programa de Saúde Internacional da OPAS .....	68
Lançamento do <i>Atlas Regional de Vulnerabilidade Social Subnacional         e Seu Impacto na Saúde</i> e do Suplemento sobre Rubéola do <i>Journal of         Infectious Diseases</i> .....	68
<b>Encerramento da Sessão</b> .....	69
<b>Resoluções e Decisões</b>	
<b><i>Resoluções</i></b>	
CD51.R1 Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti .....	69
CD51.R2 Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) .....	70
CD51.R3 Nomeação do Auditor Externo da Organização Pan-Americana da Saúde para 2012-2013 e 2014-2015 .....	71
CD51.R4 Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana .....	71
CD51.R5 Estratégia e Plano de Ação sobre <i>e-Saúde</i> .....	75
CD51.R6 Plano de Ação sobre Segurança Viária .....	75
CD51.R7 Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública .....	81
CD51.R8 Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia .....	82
CD51.R9 Estratégia e Plano de Ação para a Malária .....	85
CD51.R10 Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 .....	87
CD51.R11 Cotas de Contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2012–2013 .....	91
CD51.R12 Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave .....	94

**ÍNDICE** (*cont.*)

*Página*

CD51.R13	Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana .....	97
CD51.R14	Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool .....	98
CD51.R15	Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática .....	98

***Decisões***

Decisão CD51(D1)	Nomeação da Comissão de Credenciais .....	102
Decisão CD51(D2)	Eleição da Mesa Diretora.....	102
Decisão CD51(D3)	Formação da Comissão Geral .....	102
Decisão CD51(D4)	Adoção da agenda.....	102

**Anexos**

- Anexo A. Agenda
- Anexo B. Lista de Documentos
- Anexo C. Lista de Participantes

## RELATÓRIO FINAL

### Abertura da Sessão

1. O 51º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 63ª 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 26 a 30 de setembro de 2011. O Conselho aprovou 15 resoluções e 4 decisões, que constam da parte final deste relatório. A agenda e a lista dos participantes estão em anexo como Anexos A e C, respectivamente.

2. O Exmo. sr. ministro Salomón Chertorivsky Woldenberg (México, Presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. As observações iniciais foram feitas pela dra. Mirta Roses (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), sra. Kei Kawabata (Gerente do Setor Social, Banco Interamericano de Desenvolvimento), Embaixador Albert R. Ramdin (Subsecretário Geral, Organização dos Estados Americanos), Exma. sra. Kathleen Sebelius (Secretária de Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos, país-anfitrião), dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, Organização Mundial da Saúde) e sr. Chertorivsky Woldenberg. O texto com estas observações está disponível no site do 51º Conselho Diretor.<sup>1</sup>

### Assuntos Procedimentais

#### *Nomeação da Comissão de Credenciais*

3. Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Antígua e Barbuda, Canadá e Honduras como membros da Comissão de Credenciais (Decisão CD51[D1]).

#### *Eleição do Presidente, dois Vice-Presidentes e Relator*

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno, o Conselho elegeu os seguintes oficiais (Decisão CD51[D2]):

<i>Presidente:</i>	Panamá	(Dr. Franklin Vergara Jaén)
<i>Vice-Presidente:</i>	Bahamas	(Exmo. sr. dr. Hubert Alexander Minnis)
<i>Vice-Presidente:</i>	Uruguai	(Dr. Jorge Venegas)
<i>Relator:</i>	Bolívia	(Dra. Nila Heredia)

---

<sup>1</sup> Veja a página web do 51º Conselho Diretor  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lang=en).

5. Como a Delegada da Bolívia tinha de retornar ao seu país pouco depois da abertura da sessão, a Argentina (representada pelo sr. Sebastián Tobar) foi nomeada para servir como Relator *pro tempore* pelo restante da sessão.

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

#### ***Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS***

7. O Presidente anunciou que não seria necessário instituir um grupo de trabalho, pois nenhum Estado Membro estava correntemente sujeito às restrições do direito de voto estipuladas de acordo com o Artigo 6.B da Constituição da OPAS (ver Relatório sobre contribuições estimadas, parágrafos 140 a 146 a seguir).

#### ***Formação da Comissão Geral***

8. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Cuba, Guatemala e Estados Unidos para integrarem junto com o Presidente do Conselho, os dois Vice-presidentes e a Relatora a Comissão Geral como membros (Decisão CD51[D3]).

#### ***Adoção da agenda (Documento CD51/1, Rev. 1)***

9. O Conselho aprovou a agenda provisória incluída no Documento CD51/1, rev. 1, com uma alteração: o Item 8.1, “Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008–2013 e Projeto de Orçamento para Programas 2012–2013” foi suprimido pois estes documentos já haviam sido aprovados pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2011 (Decisão CD51[D4]). O Conselho também aprovou um programa de reuniões (Documento CD51/WP/1, Rev.1).

#### ***Assuntos Relativos à Constituição***

#### ***Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD51/2)***

10. O dr. St. Clair Thomas (São Vicente e Granadinas, Presidente do Comitê Executivo) apresentou as atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre setembro de 2010 e setembro 2011, destacando os tópicos que haviam sido discutidos pelo Comitê mas que não foram encaminhados para consideração pelo 51º Conselho Diretor e observando que ele informaria sobre outros itens à medida que fossem abordados pelo Conselho. Os itens não encaminhados foram o Relatório sobre Organizações Não Governamentais que Mantêm

Relações Oficiais com a OPAS, Relatório Anual do Escritório de Ética, Relatório do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação, Relatório do Comitê da Auditoria da OPAS, relatório sobre a posição de projetos financiados da conta especial, Emendas ao Regulamento do Pessoal da RSPA, e uma declaração feita por um representante da Associação do Pessoal da OPAS/OMS. Informações detalhadas sobre os debates e as medidas tomadas nestes itens estavam disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê Executivo (Documento CE148/FR).

11. O Conselho agradeceu aos Membros do Comitê pelo seu trabalho e tomou nota do relatório.

***Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CD51/3)***

12. Após a projeção de um vídeo que fez um panorama do trabalho da Organização durante o ano anterior, a Diretora apresentou seu Relatório Anual, com o tema “Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: do Compromisso à Ação”, destacando algumas das maneiras com as quais a cooperação técnica da OPAS havia apoiado os esforços dos países para alcançar as metas. Ela observou que, embora a Região como um todo estivesse no rumo certo para atingir a maioria dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde, incluindo as metas relacionadas à fome, mortalidade infantil, e água e saneamento, o progresso havia sido desigual entre os países e dentro de um mesmo país, e em quase todos os países existiam populações vulneráveis que não haviam se beneficiado plenamente do progresso nacional das metas. A necessidade de se concentrar nestas populações havia sido um princípio básico da cooperação técnica da OPAS. A iniciativa “Rostos, Vozes e Lugares” da Organização iniciativa havia procurado concretizar os ODM na vida cotidiana destas populações.

13. A cooperação da OPAS com relação às metas do ODM 1 para a fome havia incluído o fortalecimento da vigilância, detecção e tratamento da desnutrição; promoção da amamentação; apoio à suplementação de micronutrientes e fortificação dos alimentos; e cooperação interinstitucional em intervenções multissetoriais com base científica para combater as causas da desnutrição. Havia sido realizado trabalho visando contribuir para o avanço do ODM 4 (Reduzir a mortalidade infantil) no marco da Estratégia e plano de ação regional para saúde neonatal dentro do Processo Contínuo de Atenção Materna, do Recém-nascido e da Criança, adotados pelo 48º Conselho Diretor em 2008. Vacinação havia sido um fator fundamental para o sucesso da Região em reduzir a mortalidade infantil. O Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS havia gasto quase US\$ 723 milhões<sup>2</sup> para a compra de vacinas e materiais para vacinação em nome dos países e territórios da Região, muitos dos quais haviam introduzido novas vacinas infantis nos seus programas de vacinação em 2010–2011, com apoio da OPAS e Aliança GAVI. Ao

---

<sup>2</sup> A menos que indicado de outra forma, todas as cifras monetárias neste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.



todo, 41 milhões de pessoas haviam sido vacinadas durante a Semana da Vacinação nas Américas.

14. A cooperação técnica para reduzir a mortalidade materna (ODM 5) havia englobado de protocolos e treinamento em atendimento obstétrico ao apoio à vigilância e reorganização de serviços de saúde e promoção dos direitos dos usuários de serviços de saúde à atenção de saúde sexual e reprodutiva integral de alta qualidade. A OPAS também havia apoiado os esforços para reduzir a mortalidade materna entre mulheres indígenas. Com relação ao ODM 6 (Combater o HIV/aids, a malária e outras doenças), havia sido proporcionado apoio fundamental para ampliar a cobertura de tratamento antirretroviral pelo Fundo Rotativo Regional de Insumos Estratégicos para Saúde Pública da OPAS (“Fundo Estratégico”) entre junho de 2010 e junho de 2011, sendo que os países haviam adquirido medicamentos em quantidade suficiente para tratar cerca de 30 mil pessoas infectadas pelo HIV. Os esforços empreendidos na Estratégia e Plano de ação para Eliminação da Transmissão Materno-fetal de HIV e Sífilis Congênita haviam incluído apoio às intervenções de prevenção e controle, melhoria em serviços de saúde, maior colaboração com outros organismos e setores e com a comunidade e apoio para melhorar a coleta e a análise de dados.

15. A Organização havia prosseguido sua parceria com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) para combater a malária através da Rede Amazônica de Vigilância da Resistência aos Antimaláricos e Iniciativa Amazônica da Malária, sendo que os casos e mortes por malária haviam caído em 52% e 69%, respectivamente, desde 2000. Para combater a tuberculose, a OPAS havia apoiado o fortalecimento dos laboratórios e intervenções visando abordar os determinantes sociais da doença.

16. O trabalho com relação ao ODM 7 (Assegurar a sustentabilidade ambiental) havia procurado ampliar o acesso à água potável e saneamento e reduzir as lacunas de acesso entre as áreas urbanas e rurais. Grande parte deste trabalho havia se concentrado na segurança da água e na formulação de padrões com base científica para regulação, desenvolvimento de planos e programas para vigilância e monitoramento da qualidade da água e capacitação em vigilância epidemiológica das doenças transmitidas pela água. A Organização também havia prestado cooperação técnica na área de mudança climática e saúde.

17. Quanto ao ODM 8 (Desenvolver uma parceria global para desenvolvimento), a OPAS estava participando em algumas parcerias regionais visando acelerar o progresso dos ODM, inclusive a Aliança Pan-americana de Nutrição e Desenvolvimento, a Aliança para a Saúde do Recém-nascido da América Latina e Caribe, e a Força-tarefa Regional Interinstitucional para Redução da Mortalidade Materna. Estava também trabalhando com outros organismos das Nações Unidas, com agências bilaterais de desenvolvimento e parceiros não governamentais.

18. A Diretora convidou os Estados Membros a analisar o Capítulo 3 do seu relatório, que continha uma análise aprofundada das lições aprendidas na década anterior com o trabalho nos ODM e examina os desafios restantes para os anos anteriores a 2015 e mais adiante. Entre as lições estavam a necessidade de adaptar as metas e os indicadores para fazer com que tivessem mais relevância no contexto regional, a urgência de desenvolver capital humano no âmbito local e a importância de uma segunda geração de ODM que abordariam novas questões como doenças crônicas não transmissíveis e doenças tropicais negligenciadas, segurança pública, justiça e direitos humanos. Ela destacou a importância de aplicar as lições aprendidas para ajudar a consolidar os benefícios obtidos até agora e assegurar a sua sustentabilidade além de 2015. Sobretudo, a Região deveria assegurar que a visão dos ODM continuasse viva, inspirando novos esforços para expandir os benefícios de saúde e o desenvolvimento a todos nas Américas.

19. O Conselho Diretor agradeceu à Diretora pelo seu relatório abrangente e recebeu cordialmente o progresso feito nos ODM relacionados com a saúde. O Conselho também reconheceu que havia ainda um considerável trabalho a ser feito para assegurar que os Objetivos fossem alcançados em todas as zonas geográficas e em todos os grupos populacionais, e salientou a necessidade de compromisso sustentável e esforço concertado com esse fim. A OPAS foi instada a prosseguir com seu trabalho para ajudar os Estados Membros a fortalecer as suas informações de saúde e sistemas de comunicação a fim de identificar áreas nas quais o progresso havia sido limitado e reduzir desigualdades no estado de saúde. A este respeito, a Estratégia e Plano de Ação sobre *e-Saúde* propostos (ver parágrafos 107 a 116 a seguir) foram bem recebidos. Foi também instado o esforço contínuo para fortalecer os sistemas de saúde e reforçar os serviços de atenção primária à saúde. Enfatizou-se a necessidade de melhorar o acesso aos serviços de saúde e tornar estes serviços mais receptivos às necessidades das populações vulneráveis, subatendidas e vivendo em áreas remotas. Vários delegados destacaram o vínculo entre pobreza e má nutrição, que incluía tanto desnutrição como obesidade, e salientaram a necessidade de políticas e programas que visassem assegurar a segurança alimentar e nutricional. Foi incentivado à OPAS que intensificasse os seus esforços para promover o aleitamento exclusivo até os seis meses de idade.

20. Diversos delegados salientaram a necessidade de ação multidisciplinar e intersetorial para abordar os determinantes socioeconômicos que estavam impedindo o avanço completo das ODM. A importância da solidariedade e cooperação regionais e globais e do compartilhamento de experiências entre países e multilateralismo foram também destacados. Os delegados afirmaram o seu apoio ao trabalho da OPAS e expressaram gratidão pelo apoio da Organização aos esforços dos seus países para alcançar os ODM relacionados com a saúde. Destacou-se em particular a contribuição do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas para fortalecer os programas nacionais de vacinação e ajudar os países a evitar as doenças passíveis de ser prevenidas por vacinas.

21. A necessidade de ação intensificada para melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade materna foi enfatizada, e se expressou firme apoio à proposta de Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e a Morbidade Materna Grave (ver parágrafos 90 a 106 a seguir). Assinalou-se que a maioria dos óbitos maternos poderia ser evitada ao se garantir o acesso das mulheres a serviços de saúde de alta qualidade e atendimento obstétrico de emergência e ao se disponibilizar atendimento obstétrico de forma gratuita. Também se assinalou que muitas mortes de bebês e crianças eram evitáveis e observou-se a necessidade de maior atenção à prevenção de acidentes e problemas como síndrome da morte súbita do recém-nascido. Imunização era considerada uma das maneiras mais eficazes para evitar mortes de crianças e se incentivaram os Estados Membros a incorporar novas vacinas como as vacinas antipneumocócicas e de rotavírus nos seus esquemas de vacinação. Informou-se que, em um dos países, a introdução desta última vacina havia levado a uma redução de 41% nas mortes de crianças por doenças diarreicas. Os Estados Membros também foram incentivados a apoiar a implementação das recomendações da Comissão sobre Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher a fim de monitorar e avaliar o progresso na melhoria dos resultados de saúde para mulheres e crianças.

22. Identificou-se a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis como uma área que requeria ação concertada, tanto no futuro imediato como depois de 2015. Os delegados enfatizaram a necessidade de manter o ímpeto produzido pela recente reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre esta questão (ver parágrafos 200 a 212 a seguir). Elogiou-se a liderança da OPAS ao se preparar para esta reunião.

23. Vários delegados salientaram a importância do processo da reforma da OMS em andamento. A Delegada do Paraguai, secundada pelo Delegado do Brasil, fez uma declaração sobre o assunto em nome dos países membros da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). (O conteúdo desta declaração consta do resumo das deliberações do Conselho sobre a reforma da OMS, parágrafos 180 a 194 a seguir). O Delegado do Brasil convidou todos os Estados Membros a participarem da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, a ser realizada no Rio de Janeiro, de 19 a 21 de outubro de 2011.

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

***Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti (Documento CD51/4)***

25. O Conselho elegeu o Brasil, Chile e El Salvador ao Comitê Executivo, em substituição à Argentina, Guatemala e Haiti, cujos mandatos no Comitê haviam expirado.

26. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R1, declarando o Brasil, Chile e El Salvador eleitos para integrar o Comitê Executivo como membros por um período de três anos e agradecendo a Argentina, Guatemala e Haiti pelos seus serviços.

**Assuntos Relativos à Política de Programas**

***Programas e Orçamento da OPAS para 2012–2013 (Documento Oficial 338 e Add. I; Add. II, Rev. I; Add. III; e Add. IV)***

27. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia analisado extensamente o projeto de orçamento e programas durante a sua 148<sup>a</sup> sessão e subsequentemente em uma reunião virtual. O projeto orçamentário inicial examinado pelo Comitê não havia previsto aumento do orçamento geral, que permaneceria no nível de 2010–2011 de \$642,9 milhões. O Comitê havia considerado três cenários de financiamento: cenário A, que requeria um aumento de 10,5% das cotas de contribuição para cobrir os custos inflacionários e regulamentares incorridos durante 2010–2011; cenário B, que requeria um aumento de 6,7% das contribuições estimadas; e cenário C, que requeria crescimento nominal zero nas contribuições estimadas. Em todos os cenários, esperava-se uma queda significativa nas contribuições voluntárias e receitas diversas.

28. O cenário A havia sido considerado pouco realista no atual clima econômico. Algumas delegações haviam apoiado o cenário C. Eles haviam assinalado que seus países estavam enfrentando sérias limitações financeiras, o que dificultaria, se não impossibilitaria, obter aprovação no âmbito nacional para um aumento das cotas de contribuição de seus governos à OPAS. Outras delegações haviam apoiado o cenário B, assinalando que o cenário C resultaria em uma redução drástica do orçamento de cooperação técnica da Organização e não permitiria atingir muitos dos objetivos estratégicos estipulados no Plano Estratégico 2008–2013. Em vista da falta de consenso sobre cenário deveria ser recomendado ao Conselho Diretor, o Comitê havia pedido à Repartição para formular um cenário alternativo, que não requeria um aumento de 6,7% nas contribuições dos Estados Membros, mas que não implicaria em sérios cortes ao orçamento do componente não relacionado aos postos de trabalho que resultaria em um cenário de crescimento nominal zero.

29. A Repartição havia subsequentemente apresentado o cenário D que, originalmente, requeria um aumento de 4,5% das contribuições dos Estados Membros e

uma redução de 28,25% do componente não relacionado aos postos de trabalho do orçamento, em comparação a uma redução de 23,7% no cenário B e 37,8% no cenário C. O orçamento ordinário total no cenário D seria de \$290,5 milhões em comparação a \$294,5 milhões no cenário B e \$282,1 milhões no cenário C. O total do componente de postos de trabalho seria de \$222,5 milhões nos três cenários, embora o componente não relacionado aos postos de trabalho seria de \$67 milhões no cenário B, \$54,6 milhões no cenário C e \$63 milhões no cenário D. Vários delegados haviam apoiado o cenário D, considerando-o um bom meio-termo entre o cenário B e o crescimento nominal zero. Os delegados que haviam apoiado o cenário C na discussão anterior permaneceram a favor do crescimento nominal zero nas contribuições estimadas. Assinalou-se que, nos quatro cenários, qualquer aumento das contribuições estimadas seria alocado ao componente de postos de trabalho do orçamento, que aumentaria em 14,5% em todos os cenários enquanto que o orçamento para atividades de cooperação técnica seria reduzido. O Comitê havia instado a Repartição a explorar maneiras de redistribuir os fundos entre os dois componentes e havia pedido para que elaborasse alternativas aos cenários B, C e D que requereriam um aumento menor do componente de postos de trabalho.

30. Estes cenários alternativos haviam sido discutidos várias semanas depois em uma reunião virtual. A Repartição havia revisado os cenários C e D, os quais ainda estavam sendo discutidos, enquanto que os cenários A e B não estavam, e elaborado um projeto de orçamento revisado baseado no cenário D (incluído no *Documento Oficial 338 e Add. I*). O orçamento total no cenário D revisto seria de \$626,7 milhões, uma redução de 2,5% ou \$16,2 milhões, em relação ao orçamento de 2010–2011. O componente de postos de trabalho de prazo fixo representaria 40% e o componente não relacionado a postos de trabalho a 60%. O orçamento ordinário permaneceria inalterado em \$287,1 milhões. Para manter o orçamento ordinário neste nível, seria necessário porém um aumento de 4,3% nas contribuições estimadas dos Estados Membros para compensar uma queda esperada de \$8 milhões em receitas diversas.

31. Após considerável discussão, o Comitê havia aceitado aprovar a Resolução CE148.R16, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse o projeto de programa e orçamento baseados no cenário D revisto, que havia sido respaldado pela maioria dos membros do Comitê. Porém, a pedido de um de seus membros, o Comitê também havia decidido pedir à Repartição que elaborasse outro cenário para discussão durante o Conselho Diretor, no qual o aumento proposto das contribuições estimadas seria de 2,15%, ou seja, metade do aumento de 4,3% proposto no cenário D revisto. O Bureau, portanto, havia elaborado o cenário E (incluído no *Documento Oficial 338 e Add. I, Rev. I*). O Comitê também havia aprovado a Resolução CE148.R17, recomendando que o Conselho Diretor estabelecesse as contribuições estimadas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados com base no cenário D revisto. Outras informações sobre as discussões do Comitê sobre o orçamento estavam disponíveis no relatório final da 148<sup>a</sup> Sessão (Documento CE148/FR).

32. O Conselho Diretor agradeceu ao Comitê Executivo pela sua cuidadosa consideração do projeto orçamentário e agradeceu à Repartição pelo seu árduo trabalho para preparar os diversos cenários. Os delegados elogiaram o grau de detalhamento e a transparência evidentes no projeto orçamentário e elogiou os esforços da Repartição para conter custos e melhorar a eficiência e a produtividade. Eles também reconheceram as dificuldades financeiras que a OPAS enfrentava como resultado da elevação dos custos dos postos de trabalho e reduções previstas das contribuições voluntárias e receitas diversas, e reconheceram que os cenários C, D e E implicariam em cortes significativos ao componente não relacionado a postos de trabalho do orçamento, diminuindo a capacidade de cooperação técnica da Organização e comprometendo sua capacidade de alcançar os objetivos estratégicos estipulados no Plano Estratégico 2008–2013.

33. Contudo, embora afirmando seu firme apoio ao trabalho da OPAS e reconhecendo a validade da justificação da Repartição para o aumento solicitado nas contribuições, vários delegados afirmaram que os seus governos não poderiam aceitar um aumento de 4,3% nas cotas para a Organização, como contemplado no cenário D. Muitos observaram que, como a OPAS, os seus países estavam lidando com sérias restrições financeiras e haviam sido obrigados a impor medidas de austeridade, inclusive com a redução ou corte de programas e gastos e congelamento de salários no setor público. Vários assinalam que as suas contribuições estimadas haviam aumentado durante dois biênios consecutivos, e em alguns casos eles aumentariam novamente no biênio seguinte, mesmo em um cenário de crescimento nominal zero, como resultado da última revisão da escala de contribuições da Organização dos Estados Americanos (OEA), na qual se baseava a escala da OPAS.

34. Entre os Estados Membros e Estados Participantes que se opuseram ao cenário D, quatro foram favoráveis ao cenário C e cinco ao cenário E. Este último grupo considerou o cenário E um meio-termo justo entre os cenários C e D, em que o Secretariado e os Estados Membros dividiriam responsabilidade por cobrir a carência em receitas diversas e que conseguiria um equilíbrio equitativo entre as restrições financeiras enfrentadas por muitos Estados Membros e a repercussão que a redução do financiamento teria nos programas e atividades da OPAS. Vários delegados salientaram a necessidade de maior cooperação entre os países para compensar a redução da capacidade de cooperação técnica da OPAS. Foi também ressaltada a importância de assegurar que a Região recebesse a alocação completa dos fundos ordinários e voluntários da OMS.

35. Todos os países da Comunidade do Caribe (CARICOM) e outros oito Estados Membros apoiaram o cenário D. Alguns delegados observaram que um aumento de 4,3% nas contribuições estimadas representaria um peso aos seus governos mas, no espírito de solidariedade e pan-americanismo, estavam dispostos a fazer este sacrifício. O Delegado de Barbados apelou ao Conselho para dar a devida consideração à repercussão que uma

redução da capacidade de cooperação técnica da OPAS teria para os países pequenos com economias vulneráveis na região do Caribe.

36. Em vista da falta de acordo sobre qual cenário deveria ser respaldado, o Conselho decidiu formar um grupo de trabalho formado pela Argentina, Brasil, Colômbia, Dominica em nome do CARICOM, México, Panamá e Estados Unidos para chegar a um consenso.

37. O dr. David Johnson (Dominica) subseqüentemente informou que o Paraguai também havia se integrado ao grupo de trabalho, que havia realizado três reuniões. O grupo havia primeiro considerado os cenários D e E, mas não havia conseguido chegar a um consenso sobre nenhum dos dois. Depois havia sido feita uma proposta de considerar um meio-termo entre os dois cenários, e o grupo de trabalho havia pedido à Repartição que elaborasse um possível cenário F, requerendo um aumento de 3,2% das contribuições estimadas. Após mais discussões e consultas aos seus respectivos governos, os membros do grupo de trabalho haviam concordado por unanimidade em recomendar que o Conselho adotasse um projeto orçamentário revisto baseado no cenário F. No cenário F, o orçamento total seria de \$613,4 milhões (uma redução de 4,6% em relação a 2010–2011), o total do orçamento ordinário seria de \$285,1 milhões (uma redução de 0,7%), e 12% das metas no Plano Estratégico não seriam alcançadas. O grupo de trabalho havia enfatizado que a aprovação de um aumento nas contribuições estimadas dos Estados Membros não representava um cheque em branco para OPAS e que a Repartição precisava identificar as áreas em que os custos administrativos poderiam ser reduzidos ainda mais para que pudessem ser alcançados mais objetivos do Plano Estratégico.

38. O Conselho aceitou a recomendação do grupo de trabalho sem mais observações e aprovou as Resoluções CD51.R10 e CD51.R11, Rev.1, aprovando o programa de trabalho para a Repartição como esboçado no *Documento Oficial 338 e Add. IV*, e estabelecendo as contribuições estimadas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados com base no cenário F.

39. A Diretora agradeceu aos Estados Membros pela confiança que eles haviam depositado no pessoal da Organização e por seu compromisso em chegar a um consenso com genuíno espírito de colaboração e solidariedade. Ela assegurou ao Conselho que o pessoal valorizava a confiança e a responsabilidade depositada neles e se empenharia ao máximo para assegurar que os fundos obtidos com dificuldade seriam aplicados para máximo benefício da saúde de todos os povos nas Américas.

#### ***Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana (Documento CD51/5)***

40. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) recordou que a estratégia e plano de ação para saúde urbana propostos haviam sido preparados em

resposta a uma solicitação pelos ministros da saúde participantes da mesa redonda sobre saúde urbana realizada durante o 50º Conselho Diretor em 2010 e haviam sido apresentados para análise pelo Comitê Executivo na sua 148ª Sessão. O Comitê havia recebido bem a estratégia e o plano de ação, destacando a importância do tema e reconhecendo que os modelos atuais de urbanização em geral desestimulavam comportamentos saudáveis e contribuíam para problemas de saúde pública e maiores taxas de doenças transmissíveis e não transmissíveis entre populações urbanas. Destacou-se também a necessidade de ação interprogramática e intersetorial para abordar os determinantes da saúde urbana. O Comitê havia proposto várias revisões que visam melhorar a clareza da estratégia e do plano de ação (informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê, Documento CE148/FR) e subsequentemente havia aprovado a Resolução CE148.R10, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação após sua revisão pela Repartição atendendo às sugestões do Comitê.

41. O Conselho recebeu com satisfação a estratégia e o plano de ação. Assinalou-se que, muitas vezes, a urbanização havia sido a um ritmo mais rápido que a capacidade dos governos de planejar, construir e manter a infraestrutura, sistemas de transporte e outros aspectos do desenvolvimento urbano. Além disso, o planejamento inadequado e a falta de infraestrutura básica haviam produzido condições de vida insalubres como moradia de qualidade ruim, poluição ambiental, violência e traumatismos, taxas altas de doenças transmissíveis e não transmissíveis e acidentes de trânsito. Considerou-se que a estratégia e o plano de ação ajudariam a lidar com estes problemas, também ajudando a combater a crescente epidemia de doenças crônicas não transmissíveis.

42. Os delegados expressaram agradecimento pelas revisões feitas à estratégia e plano de ação em resposta às sugestões do Comitê Executivo. Foram propostos vários outros aperfeiçoamentos. Em particular, sugeriu-se que a estratégia e o plano de ação deveriam ser revisados para levar em consideração o desfecho da recente reunião de alto nível das Nações Unidas sobre doenças não transmissíveis (ver parágrafos 200 a 212 a seguir). Além disso, considerou-se que trechos do documento precisavam ser esclarecidos, inclusive a referência à “gestão territorial dos determinantes sociais” na atividade 1.1, e a frase “fatores de proteção das populações urbanas” na atividade 2.3. Foi também sugerido que a frase “em sinergia com os esforços por parte do Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS” deveria ser passada para o início do parágrafo na atividade 5.2 para transmitir com mais clareza a ideia de que os mecanismos regionais contemplados nesta atividade estariam em harmonia com o Centro da OMS. Salientou-se a necessidade de coordenação e sinergia entre as diversas instituições do sistema das Nações Unidas empenhados em lidar com as questões de saúde urbana.

43. Também se sugeriu que o plano de ação deveria incluir atividades que visavam prevenir o uso prejudicial do álcool e drogas nos meios urbanos, que deveria estar vinculado à estratégia para segurança viária, e que deveria fazer menção à necessidade de



melhorar os sistemas de saúde a fim de permitir acesso a todos os cidadãos. Também deveria destacar a necessidade de um enfoque multicultural para responder de maneira apropriada aos fluxos de migrantes de diferentes origens nas cidades. Assinalou-se que a aglomeração urbana e migração populacional das áreas centrais das cidades para a periferia eram tendências crescentes em alguns países e que se faziam necessárias medidas para revitalizar as zonas centrais das cidades.

44. A ênfase da estratégia na avaliação do impacto para a saúde, um enfoque englobando toda a sociedade e o aperfeiçoamento da vigilância foram bem recebidos e pediu-se técnica da OPAS para desenvolver estas áreas. Os delegados ressaltaram que a participação em nível comunitário seria essencial para assegurar que as pessoas diretamente afetadas pela estratégia e plano de ação investissem para o seu sucesso. Sugeriu-se que seria benéfico elaborar estratégias para comunicação e sensibilização dirigidas aos administradores municipais, prefeitos e governadores, para que a saúde urbana fosse priorizada na agenda política local.

45. Enfatizou-se que os sistemas de vigilância deveriam incluir uma ampla gama de determinantes e indicadores relacionados com a saúde urbana, inclusive condição socioeconômica, condições de migração, raça, etnia, populações indígenas e condições de moradia e falta de moradia. Também se sugeriu que o projeto de resolução neste item deveria instar os Estados Membros a incentivarem a promoção da saúde e projetos de desenvolvimento sustentáveis nas comunidades vulneráveis e estimular a participação social e ação intersetorial.

46. Vários delegados descreveram as atividades sendo realizadas nos seus países com o objetivo de melhorar o estado de saúde nas áreas urbanas. Tais atividades incluíam o desenvolvimento e manutenção de espaços verdes e zonas para pedestres em áreas urbanas que, além de proporcionar locais seguros para a população praticar atividade física, também melhorava a estética das cidades, produzindo benefícios para a indústria do turismo do país. Outras atividades incluíam medidas que visam melhorar a segurança pessoal nas áreas urbanas, melhorias no sistema de transporte coletivo público, programas para promover estilos de vida saudáveis e desencorajar o fumo e consumo excessivo de álcool, iniciativas de segurança viária e manutenção de inocuidade alimentar rigorosa e padrões ambientais, de saneamento e controle de vetores.

47. Assinalou-se que alguns dos requisitos de apresentação de relatórios no plano de ação teriam de ser implementados de modo flexível para permitir o cumprimento pelos países com uma estrutura federal ou descentralizada. Também se assinalou que a implementação das atividades contempladas neste plano de ação e outros considerados pelo Conselho seria afetada pela disponibilidade de recursos.

48. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) disse que ele havia prestado atenção cuidadosa às sugestões do Conselho para melhoria da estratégia e plano de ação, que ele concordava estavam estreitamente relacionados com os prejuízos gerados pelo uso do álcool, segurança viária e outras questões e portanto deveria ser usado um enfoque interprogramático integrado ao implementá-los. Porém, os problemas específicos que precisavam ser abordados nas diversas áreas eram diferentes, assim como os interessados diretos, e assim convinha ter estratégias e planos de ação separados para cada um. Ele também concordou que o empenho para melhorar a saúde urbana sem dúvida teria um impacto no controle das doenças não transmissíveis, e disse que o documento seria revisado para incorporar as conclusões da reunião de alto nível das Nações Unidas.

49. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R4, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação como revisto segundo as sugestões dos Estados Membros.

***Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática (Documento CD51/6, Rev. I)***

50. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia apoiado a estratégia e o plano de ação para mudança climática, mas havia apontado várias áreas que poderiam ser fortalecidas. O Comitê havia recomendado, entre outras, que se desse mais ênfase em realizar trabalho com as parcerias existentes em vez de criar novas parceria e havia sugerido que parte das ações contempladas no plano de ação deveria ser ampliada, enquanto outras deveriam ter um foco mais estreito. Além disso, o Comitê havia recomendado que os vínculos entre a estratégia e o plano de ação e o trabalho da Organização nas áreas de saúde urbana e desenvolvimento sustentável deveriam ser mais explícitos. Também se sugeriu que a estratégia e o plano de ação não estavam adequadamente equilibrados entre os dois importantes conceitos de adaptação e minoração e havia sido assinalado que outro aspecto importante da discussão sobre mudança climática – das “responsabilidades comuns mas diferenciadas” – nem havia sido abordado. O Comitê Executivo havia aprovado a Resolução CE148.R2, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação, após a revisão para incorporar as alterações e acréscimos sugeridos pelo Comitê.

51. O Conselho recebeu com satisfação a estratégia e o plano de ação. Os delegados ressaltaram que adaptação e minoração da mudança climática, e o enfrentamento dos aspectos relacionados à saúde, requereriam um enfoque multissetorial incluindo não só o ministério da saúde como também os ministérios do meio ambiente, educação, agricultura, e outros, assim como a sociedade civil e o setor privado. Assinalou-se, porém, que até agora as discussões sobre a mudança climática não haviam conseguido na maioria das vezes considerar de modo adequado as preocupações com a saúde e sugeriu-se que o setor da saúde precisava dedicar maior empenho para conscientizar os interessados diretos destas questões. Foi também enfatizado que a resposta aos efeitos

para saúde da mudança climática dependeria das circunstâncias de cada país em particular e poderia envolver uma série de medidas, inclusive desenvolver um sistema de alertas para riscos relacionados à saúde induzidos pelo clima através do monitoramento de dados meteorológicos e qualidade da água e do ar, treinamento de pessoal do setor de saúde para o direcionamento temporal e espacial de intervenções de controle de vetores em resposta a indicações de alertas precoces, ou realização de campanhas educativas de saúde ao público na comunidade sobre o controle de vetores.

52. Assinalou-se que, como os efeitos para saúde da mudança climática difeririam pela idade, sexo, nível socioeconômico e outros fatores, planos de ação para minoração e adaptação precisariam ser adaptados a circunstâncias particulares, levando em consideração as necessidades e prioridades locais. Foi também considerado importante vincular o trabalho na área de mudança climática com o trabalho em saúde urbana e desenvolvimento sustentável.

53. Vários delegados descreveram as medidas sendo tomadas por seus governos para combater os efeitos para saúde da mudança climática e expressaram sua vontade de trocar informação e boas práticas com outros países. Embora tenha sido assinalado que os fenômenos da mudança climática variavam de um país a outro, seus impactos foram vistos como universalmente negativo. Em alguns países, os efeitos da mudança climática estavam causando deslocamentos populacionais, com as consequências adversas para a saúde que tal migração implicava; em outros países, estavam causando danos a hospitais e outros serviços de saúde. Informou-se que em alguns países os efeitos de mudança climática estavam também causando menor produção agrícola, causando fome e agravando os problemas de saúde. Vários delegados observaram que a mudança climática poderia levar ao aumento da incidência de doenças transmitidas por vetores como dengue, febre amarela e malária.

54. O Conselho agradeceu as alterações feitas na estratégia e plano de ação depois da sua análise pelo Comitê Executivo. Ao mesmo tempo, assinalou-se que poderia ser mais aprimorado, em particular, se considerou que as referências aos aspectos dos direitos humanos da mudança climática no parágrafo 11 do Documento CD51/6 não eram apropriadas, pois a OPAS não era uma agência de direitos humanos e a relação entre os direitos humanos e a mudança climática estava sendo abordada em fóruns mais apropriados, como o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas.

55. Com relação ao projeto de resolução sobre este item, um delegado sugeriu que em vários lugares mudança climática deveria ser descrita como uma ameaça “em potencial” à saúde pois, embora a própria mudança climática era inquestionavelmente um fenômeno real, o impacto que teria para a saúde ainda era desconhecido. Outros delegados discordaram, enfatizando que a mudança climática era uma ameaça existente à saúde, não uma ameaça em potencial. Após mais discussão por um grupo de trabalho formado pelo

Brasil, Colômbia, México, Estados Unidos e oficiais do Conselho, concordou-se em substituir “em potencial” por “corrente e projetada”.

56. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) agradeceu aos delegados pelas suas observações e sugestões, que ajudariam a enriquecer não só a estratégia e o plano de ação como também a contribuição sendo dada pela Repartição, junto com a CEPAL, para a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável Rio+20 em 2012.

57. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R15, como emendada pelo grupo de trabalho, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação.

***Plano de Ação sobre Segurança Viária (Documento CD51/7, Rev.1)***

58. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia apoiado firmemente o Plano de Ação para Segurança Viária proposto, destacando que o setor da saúde deveria trabalhar em cooperação com outros setores de modo a reduzir os acidentes de trânsito e suas consequências para saúde, e os vínculos entre o uso de álcool e drogas e acidentes de trânsito. Havia sido assinalado que, embora algumas das propostas no plano de ação relacionadas a agências reguladoras nacionais poderiam ser inapropriadas em algumas circunstâncias, como nos países estruturados como uma federação, ao mesmo tempo seria necessária uma agência nacional para estabelecer parcerias multissetoriais para apoiar o processo decisório sobre segurança viária. Havia sido sugerido que parte das atividades propostas relativas a transporte público, auditorias de segurança rodoviária e inspeção veicular poderiam estar fora da competência do setor da saúde, e que estas atividades deveriam ser reformuladas para se concentrar em incentivar as autoridades sanitárias nacionais a participar para sua implementação ou promover a colaboração intersetorial para isso. (Informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê, Documento CE148/FR.) O Comitê havia aprovado a Resolução CE148.R11, recomendando que o Conselho Diretor adotasse o plano de ação depois que fosse revisado segundo as sugestões do Comitê.

59. O Conselho recebeu com satisfação o plano de ação, observando que os acidentes viários eram uma das principais causas de morte na Região e salientou-se a necessidade de ação multissetorial para abordar o problema. Assinalou-se que os acidentes viários causavam não só morte e sofrimento, mas também implicavam em enormes custos econômicos, calculados em um país como sendo 2% do produto interno bruto. Assim, os recursos financeiros alocados a outras finalidades de saúde pública tinham de ser desviados para proporcionar o atendimento para as vítimas de acidentes de trânsito. Também se assinalou que, embora as pessoas que contraíam uma doença não podiam culpadas por isso, as vítimas de acidentes viários em alguns casos traziam desgraça para si mesmos porque não cumpriam com as regulamentações de trânsito e segurança, e se

sugeriu que se quem causava acidentes tivesse de ajudar a arcar com os custos, inclusive com atenção médica para vítimas, mais recursos seriam liberados para enfrentar outros problemas de saúde pública.

60. Vários delegados descreveram as ações sendo empreendidas pelos seus governos para melhorar a segurança viária no âmbito nacional. Em muitos casos, os países haviam formulado planos de ação nacionais de 10 anos para serem implementados em paralelo à Década de Ação para Segurança Viária 2011–2020, alguns deles baseados nos cinco pilares contidos no Plano Global para a Década de Ação. Tais planos de ação incluíam análises da legislação de trânsito viário; a formação de conselhos de segurança viária multissetoriais; inspeção dos sistemas viários, com melhorias nos aspectos de segurança como barreiras de contenção em casos de colisão, assim como criação de áreas seguras para pedestres e ciclistas; criação de mecanismos de monitoramento para identificar e investigar os “pontos nevrálgicos” onde ocorriam acidentes com mais frequência; e campanhas para promover o uso do cinto de segurança, uso de capacetes e a observância dos limites de velocidade e limites de carga dos veículos.

61. Outras medidas tomadas incluíam a redução dos níveis permitidos de álcool no sangue para os motoristas. A este respeito, sugeriu-se que a atividade 2.5 do plano de ação proposto deveria ser modificada para recomendar um limite zero aos condutores jovens. Vários delegados informaram que as cervejarias e outros produtores de bebidas alcoólicas nos seus países estavam apoiando leis mais severas para dirigir sob o efeito do álcool.

62. Recomendou-se que o plano de ação deveria incluir um indicador ou objetivo relacionado à melhoria da infraestrutura viária, incluindo iluminação e superfícies das vias, e um indicador sobre assistência aos infratores através de, por exemplo, serviços de reabilitação, autoescolas ou programas de tratamento para dependência de substâncias químicas. Foi sugerido que o comitê consultivo ou o principal órgão mencionado na atividade 1.1 também deveria ter responsabilidade de promover parcerias multissetoriais em âmbito regional e que também deveria ser responsável por criar ou fazer avançar a operação de observatórios de segurança viária para fornecer dados exatos, oportunos e claros para ajudar no processo decisório e estabelecimento de prioridades.

63. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) aceitou as diversas sugestões para aperfeiçoar o plano de ação. Ele agradeceu aos países que haviam contribuído com conhecimento especializado ao processo de elaboração do plano. Sua experiência e boa prática seguramente beneficiariam outros países. Ele assegurou ao Conselho que a Repartição reconhecia que a questão da segurança viária estava estreitamente relacionada com a da saúde urbana, doenças não transmissíveis e prejuízos gerados pelo uso do álcool e planejava adotar um enfoque integrado para a implementação dos planos de ação nestas áreas.

64. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R6, respaldando o plano de ação. O termo “acidente de trânsito” na resolução foi substituído por “danos causados por acidentes de trânsito” para que a linguagem da resolução estivesse de acordo com a do plano de ação e das diversas resoluções da OMS e das Nações Unidas sobre o tema.

***Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial de Álcool (Documento CD51/8, Rev. 1)***

65. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente o Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool, que tinha como propósito facilitar a implementação no âmbito regional da Estratégia Global para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em 2010 (Resolução WHA63.13). O Comitê havia expressado agradecimento em particular pela ênfase do plano no apoio técnico e capacitação e havia incentivado a Repartição a ajudar os Estados Membros a desenvolver infraestrutura suficiente de saúde pública para realizar o plano e para estabelecer as prioridades para a implementação das atividades. Havia sido recomendadas várias modificações ao plano, em particular com relação às atividades propostas no objetivo 3 (informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê, Documento CE148/FR). O Comitê havia aprovado a Resolução CE148.R8, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse uma resolução chamando nos Estados Membros para implantar a Estratégia Global através do plano de ação regional.

66. O Conselho Diretor elogiou os esforços da OPAS em ajudar os Estados Membros ao implementar a estratégia global e expressou apoio ao plano de ação proposto, observando os vínculos entre este e os planos de ação para segurança viária e uso de substâncias psicoativas. Diversos delegados informaram que os seus países já estavam tomando medidas para implantar a estratégia global, incluindo o desenvolvimento de planos de ação nacionais, medidas que visavam prevenir a venda e a comercialização de álcool para menores, regulamentações restringindo a disponibilidade de álcool, punição mais severa para os motoristas que dirijam sob o efeito do álcool, programas de prevenção em escolas para desencorajar o consumo de álcool entre jovens e ampliação da disponibilidade de opções de tratamento para pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. Os delegados também forneceram os dados dos seus países sobre o consumo de álcool, sendo que vários observaram que o consumo excessivo de álcool entre mulheres e jovens era um problema crescente.

67. O Conselho recebeu com satisfação as revisões feitas ao plano em resposta às recomendações do Comitê Executivo e sugeriu várias outras modificações tanto no plano como no projeto de resolução sobre este item. Foi destacada a necessidade de ação intersetorial e participação do setor privado para maior conscientização e prevenção do uso prejudicial de álcool, e se sugeriu que uma referência ao setor privado e às

organizações da sociedade civil deveria ser incluída na atividade 1.1, que convocava a participação de outros setores para sensibilização.

68. Destacou-se a necessidade de adaptar as atividades contempladas no plano ao contexto socioeconômico e cultural de cada país, e se sugeriu que “no contexto nacional” deveria ser acrescentado ao parágrafo 4(c) da parte operativa da proposta de resolução. Enfatizou-se que o objetivo do plano de ação era prevenir o uso prejudicial do álcool, não uso de álcool per se, e assim se sugeriu que a palavra “prejudicial” deveria ser inserida após “uso” de álcool em vários parágrafos do plano. Assinalou-se que os termos do parágrafo 5 do plano de ação proposto não condiziam com aqueles usados nos parágrafos 2 e 3 da estratégia global e recomendou-se que a referência a um “impacto benéfico” do álcool fosse retirada. Também se sugeriu que uma recomendação visando a promover a abstinência entre mulheres grávidas deveria ser incluída no plano. Reiterou-se uma solicitação feita durante a 148<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo de que a atividade 4.3 deveria ser retirada do plano. Esta atividade dizia respeito a questões relacionadas com o comércio, que se considerava fora do mandato e esfera de competência da OPAS.

69. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) disse que o plano de ação seria revisado de acordo com as sugestões do Conselho e que os termos seriam uniformizados com os usados na estratégia global.

70. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R14, aprovando o plano de ação, como revisto.

***Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública (Documento CD51/9)***

71. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente a proposta do Plano de Ação para Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública, que tinha o intuito de facilitar a implementação da estratégia regional de saúde pública para abordar os problemas de saúde associados ao uso de substâncias psicoativas, aprovada pelo Conselho Diretor em 2010 (Documento CD50/18, rev. 1). O Comitê havia recomendado que o Conselho Diretor respaldasse o plano, que foi revisado atendendo a várias alterações sugeridas pelos membros do Comitê. (Informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148<sup>a</sup> Sessão do Comitê, Documento CE148/FR.) O Comitê também havia salientado a necessidade de trabalhar estreitamente com outros parceiros, como a Comissão Interamericana para Controle do Abuso de Drogas (CICAD) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes, e havia enfatizado que as atividades propostas teriam de ser adaptadas às condições específicas e contextos de cada país. O Comitê adotou a Resolução CE148.R9, recomendando que o Conselho Diretor aprove o Plano de Ação.

72. O Conselho Diretor reafirmou o apoio à estratégia regional e seu enfoque de saúde pública para prevenção, tratamento e recuperação da dependência de substâncias químicas e manifestou firme apoio ao plano de ação. Considerou-se que o plano de ação continha diretrizes claras para implantar a estratégia e incorporava um enfoque equilibrado para a redução tanto da oferta como da procura de substâncias psicoativas. O Conselho também recebeu com satisfação as revisões feitas ao plano de ação em resposta às sugestões do Comitê Executivo. Como o Comitê, o Conselho salientou a importância da coordenação com a CICAD e outros parceiros. Em particular, incentivou-se a OPAS a trabalhar estreitamente com a CICAD para assegurar que houvesse coordenação adequada para o seguimento do plano de ação com o mecanismo de avaliação multilateral da CICAD e que os recursos fossem divididos para evitar a duplicação dos trabalhos e diminuir os requisitos de apresentação de relatórios aos Estados Membros. Um delegado solicitou esclarecimento sobre a referência a profissionais da saúde não remunerados no indicador do objetivo 3.3 do plano; especificamente, ele questionava qual era a relevância da remuneração, ou da falta de remuneração, à capacitação dos profissionais. Destacaram-se os vínculos entre esta estratégia e o plano de ação e o trabalho da Organização no uso prejudicial do álcool, controle do tabagismo, segurança viária e atenção primária à saúde.

73. Alguns delegados observaram que a estratégia e o plano de ação estavam de acordo com os enfoques de seus países ao problema da dependência de substâncias psicoativas e expuseram iniciativas em andamento no âmbito nacional. Vários delegados informaram que os seus países estavam apresentando taxas crescentes de uso de substâncias químicas entre crianças e jovens, sendo que alguns observaram que estudos haviam revelado que crianças a partir de 11 estavam usando drogas psicoativas. Ressaltou-se a necessidade de incluir as famílias no combater ao problema, assim como a necessidade de combater a dependência de substâncias químicas antes de mais nada como um problema de saúde mental, buscando reduzir o estigma social e respeitando os direitos humanos dos indivíduos afetados. A importância de enfoques nas comunidades e de atenção primária à saúde foi também enfatizada. Diversos delegados afirmaram a necessidade da ação intersectorial de abordar os problemas sociais e de saúde associados à dependência de substâncias químicas e de colaboração internacional para combater o tráfico de drogas.

74. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA), em resposta à pergunta sobre os profissionais da saúde não remunerados, explicou que o objetivo era garantir capacitação não só para os profissionais da saúde como também para os prestadores de cuidados familiares, membros de organizações beneficentes ou religiosas e outros que proporcionavam atendimento e serviços para pessoas com problemas de uso de substâncias químicas.

75. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R7, respaldando o plano de ação.



*Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia (Documento CD51/10, Rev.1)*

76. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido bem a proposta de estratégia e plano de ação para epilepsia e elogiou os esforços da OPAS em chamar atenção para a lacuna entre o número de portadores de epilepsia e o número recebendo atenção adequada e à necessidade de combater o estigma e a discriminação contra pessoas com epilepsia. Porém, o Comitê indicou várias melhorias a serem feitas na estratégia e plano de ação, por exemplo dar mais ênfase à questão da comorbidade psiquiátrica nos portadores de epilepsia e às estratégias de autocontrole da epilepsia e fazer com que os dados sobre a etiologia estivessem de acordo com o esquema de classificação da Liga Internacional Contra Epilepsia. O Comitê havia aprovado a Resolução CE148.R3, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e o plano de ação propostos, após análise pela Repartição e incorporação das sugestões do Comitê para aprimoramento.

77. O Conselho Diretor deu firme apoio à estratégia e ao plano de ação propostos, que ajudariam a guiar a ação no âmbito nacional e melhorar a disponibilidade e a qualidade de tratamento e serviços para portadores de epilepsia e outros transtornos neurológicos. As atividades e os objetivos contemplados no plano de ação foram considerados como sendo ambiciosos mas factíveis. Os delegados informaram que os seus países já estavam realizando muitas das atividades propostas, inclusive a criação de programas nacionais de epilepsia, capacitação de profissionais da saúde e elaboração de padrões e diretrizes de tratamento, compras de equipamentos diagnósticos e iniciativas que visavam melhorar a qualidade de vida das pessoas com epilepsia. Informou-se que a República Dominicana, Guatemala e Panamá estavam trabalhando em colaboração em um projeto conjunto de cooperação técnica para tratamento integrado da epilepsia.

78. O Conselho também recebeu com satisfação as modificações feitas à estratégia e ao plano em resposta às sugestões do Comitê Executivo. Em particular, os delegados elogiaram maior ênfase dada à comorbidade da epilepsia e transtornos psiquiátricos como depressão e psicose, à necessidade de capacitar o pessoal de atenção primária à saúde para reconhecer a comorbidade, dentro de um enfoque de ciclo de vida para prevenção e tratamento de epilepsia, às estratégias de autocontrole e à atenção integrada envolvendo todos os níveis do sistema de saúde. Foi ressaltado que os portadores de epilepsia deveriam ser acompanhados principalmente no nível de atenção primária, mas se sugeriu também que deveriam ser implantadas unidades de intervenção para pacientes em crise em hospitais para proporcionar atendimento de urgência para pessoas com crises convulsivas epilépticas e que deveria existir um vínculo entre tais unidades e os serviços de atenção primária à saúde para assegurar a continuidade da atenção e o acompanhamento dos pacientes.

79. Vários delegados observaram que o estigma associado à doença limitava as oportunidades de educação e emprego para portadores de epilepsia e tinha consequências econômicas e sociais negativas para eles e suas famílias. Elogiou-se assim a ênfase dada na estratégia e no plano de ação à educação e sensibilização para reduzir o estigma e a discriminação. Considerou-se serem necessárias pesquisas para avaliar a carga de saúde pública da epilepsia e fornecer os dados necessários com relação às necessidades de prevenção, detecção precoce, tratamento, educação e serviços e para promover atenção eficaz e programas de apoio às pessoas com epilepsia. Para assegurar uniformidade das definições e métodos e comparabilidade dos resultados de pesquisas, recomendou-se que os métodos padrão para estudos epidemiológicos e de vigilância aceitos pela Liga Internacional Contra Epilepsia<sup>3</sup> deveriam ser seguidos e que referência a estes padrões deveria ser colocada na área estratégica 4 da estratégia e plano de ação. Algumas melhorias editoriais foram também sugeridas.

80. Representantes da Liga Internacional Contra Epilepsia e do Comitê Internacional para Epilepsia chamaram atenção à alta prevalência e possibilidade de prevenção da epilepsia nos países da Região e elogiaram os esforços da OPAS para reduzir a lacuna de tratamento para os portadores da doença. Ambos expressaram firme apoio à estratégia e plano de ação e afirmaram o compromisso de suas organizações de colaborar ao implementá-los.

81. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) recebeu cordialmente as manifestações de apoio à estratégia e plano de ação e disse que as sugestões dos Estados Membros seriam incorporadas ao documento.

82. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R8, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação, como revisto, atendendo às sugestões dos Estados Membros.

### ***Estratégia e Plano de Ação para a Malária (Documento CD51/11)***

83. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia respaldado a estratégia e plano de ação para malária propostos, que se estruturava no Plano Estratégico Regional para Malária nas Américas 2006–2010, adotado pelo 46º Conselho Diretor em 2005 (Resolução CD46.R13). A OPAS foi incentivada a coordenar os seus esforços de controle e prevenção da malária com as iniciativas existentes, como a Iniciativa Amazônica da Malária. Sugeriu-se que o trabalho da Organização deveria ser impulsionado para orientação aos programas contra malária dos países e para ajudá-los a estabelecer metas apropriadas para controle, pré-eliminação ou eliminação da malária. Vários delegados haviam salientado a necessidade de aumentar

---

<sup>3</sup> Thurman, DJ et al. Standards for epidemiologic studies and surveillance of epilepsy. *Epilepsia* 2011 Sep;52 suppl s7:1-26.

a produção de medicamentos antimaláricos, principalmente nos países onde a malária era endêmica, a fim de remediar a escassez de tais medicamentos na Região. Também foi destacada a necessidade de incentivar as empresas farmacêuticas a fornecer os antimaláricos e outros medicamentos aos preços acessíveis através dos fundos de compras da OPAS. O Comitê havia aprovado a Resolução CE148.R5, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

84. O Conselho exaltou os enormes avanços que foram alcançados com a redução da carga de malária nas Américas com o Plano Estratégico Regional 2006–2010, reconheceu as legiões de profissionais da saúde que haviam contribuído para este sucesso e recebeu com satisfação a nova estratégia e plano de ação que visavam ampliar o progresso no sentido de atingir a meta máxima de eliminar a malária na Região. Os delegados informaram sobre o significativo progresso feito na redução da transmissão da malária nos seus países nos últimos anos, sendo que vários deles observaram que estavam em vias de alcançar ou reconquistar o status de países livres de malária. Enfatizou-se a necessidade de permanecerem vigilantes para prevenir a importação de casos ou a volta da transmissão, assim como da necessidade de reforçar a vigilância para detectar e responder às ameaças da malária com rapidez e monitorar a resistência aos antimaláricos.

85. Também se ressaltou que a malária era uma problema internacional e que, portanto, a cooperação entre países era essencial para evitar a sua disseminação através de fronteiras nacionais. A Iniciativa Amazônica da Malária e um projeto da Organização Andina de Saúde para o controle da malária nas zonas de fronteira foram citados como modelos excelentes de colaboração internacional. Foi chamada atenção para a necessidade de dar ênfase especial à República Dominicana, Haiti e Venezuela, sem o que seria impossível atingir as metas regionais propostas na estratégia e plano de ação. O Delegado da República Dominicana pediu apoio internacional para finalizar a implementação do plano binacional do seu país com o Haiti que visava eliminar a malária na Ilha Hispaníola.

86. Assinalou-se que, embora a estratégia e o plano de ação reconheçam a importância do diagnóstico da malária e tratamento dos casos febris, era preciso mais ênfase à importância do controle de qualidade e garantia de qualidade dos testes diagnósticos rápidos de malária e à capacitação dos profissionais da saúde para o seu uso. Salientou-se a importância de manter o conhecimento para o diagnóstico da malária em áreas atualmente livres de transmissão. A OPAS foi instada a prestar apoio ao controle integrado de vetores para o controle tanto da malária como da dengue e para proporcionar aos países ferramentas mais eficazes para apoiar os programas de controle de vetores. A este respeito, foi sugerido que o plano de ação deveria incorporar os indicadores relacionados ao monitoramento do uso e impacto das redes tratadas com inseticida e da pulverização de interiores com inseticida de ação residual, incluindo o apoio a pesquisas periódicas para acompanhar quem possuía e usava as redes e para medir a sua

durabilidade. A Organização foi também incentivada a assegurar que uma perspectiva de gênero fosse incorporada à elaboração, monitoramento e avaliação de políticas e programas de malária e em pesquisa e atividades de capacitação e os países foram incentivados a buscar estratégias de controle da malária que pudessem assegurar que as populações vulneráveis, inclusive crianças pequenas e mulheres grávidas, estivessem protegidas.

87. Os delegados dividiram com os demais as várias lições aprendidas com os seus esforços nacionais de controle e prevenção da malária, como a importância de abordar as lacunas que poderiam permitir um ressurgimento da doença, de manter a capacidade de vigilância e de formular e atualizar os planos estratégicos para controle e prevenção da malária, mesmo em áreas de baixa endemicidade e áreas em que a malária havia sido eliminada, de incentivar a participação de outros setores no combate da malária, de integrar o controle da malária em outros programas ambientais relacionados, de veicular programas educativos intensivos ao público desde o princípio de surtos e de tratar os casos e contatos com rapidez. A importância da estratificação do risco epidemiológico, melhoria da análise de fatores de risco e do nicho ecológico e participação comunitária no controle de vetores também foi destacada, assim como a necessidade de passar de enfoques verticais a enfoques comunitários descentralizados. Um enfoque de atenção primária à saúde à malária foi também considerado como sendo essencial.

88. O dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) disse que a Repartição pretendia preparar um plano de ação mais detalhado que aquele incluído no Documento CD51/11 e que incorporaria as diversas sugestões feitas pelos Estados Membros, inclusive aquelas referentes à necessidade de cooperação transnacional e cooperação técnica entre países, que era de fato imprescindível. Com relação à situação na República Dominicana, Haiti e Venezuela, ele observou que somente no Haiti as taxas da malária continuavam subindo e que nos outros dois países havia uma tendência de queda desde 2005. Contudo, os três países continuavam sendo prioritários. A OPAS havia mobilizado equipes para o Haiti especificamente para apoiar os esforços de controle da malária na Ilha Hispaníola.

89. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R9, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação como revisto, atendendo às sugestões dos Estados Membros.

***Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e a Morbidade Materna Grave (Documento CD51/12)***

90. A Exma. sra. Beverley H. Oda (Ministra de Cooperação Internacional, Canadá) apresentou o plano de ação, observando que ela estava falando em nome do Exmo. sr. Stephen Harper, primeiro-ministro do Canadá e copresidente da Comissão de Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher. Ela observou que a OPAS estava desempenhando um papel importante para fazer avançar a agenda de saúde nas Américas.

A ideia e o sólido embasamento científico do plano de ação da OPAS mereciam grandes elogios. Era um plano que contemplava conhecidas lacunas e estava voltado a resultados, estando também bem alinhado com compromissos e estratégias globais. Também ia mais além das metas oficiais dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio de procurar resolver as grandes disparidades ocultas nas médias nacionais.

91. Nos últimos meses haviam ocorrido alguns eventos extremamente importantes para a saúde materna, neonatal e infantil, como a Iniciativa Muskoka para Saúde Materna, do Recém-nascido e da Criança e o estabelecimento da Comissão de Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher. Com estas iniciativas, a comunidade internacional havia se comprometido a investir recursos sem precedentes para melhorar a saúde infantil e da mulher por meio de maior acesso aos medicamentos vitais, mais pesquisas de doenças e melhor capacitação dos profissionais da saúde no âmbito comunitário. O comprometimento era só um primeiro passo. Ao final, o que contavam eram os resultados: quantas vidas estavam sendo salvas? Quantas mães estavam dando à luz com um profissional qualificado presente? Quantos recém-nascidos sobreviveram ao primeiro ano de vida? Quando os países pudessem responder estas perguntas e mostrar progresso, então saberiam que algo realmente importante estava sendo realizado.

92. A Comissão de Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher havia reunido líderes de diversos países e organizações para elaborar um relatório que expunha 10 recomendações direcionadas à ação de ações específicas para melhor compatibilizar os resultados obtidos com os recursos investidos, com base em um ciclo de monitoramento, ação e análise, com vistas a promover maior transparência para todos os parceiros e assegurar que os recursos estavam gastos criteriosamente. Entre as recomendações para países estavam o seguimento de uma série básica de 11 indicadores, em particular para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio com desempenho mais seriamente atrasado, a criação de sistemas novos para acompanhar se os doadores estavam cumprindo com o prometido e o estabelecimento de um grupo de análise independente formado por especialistas. Cada país nas Américas e cada país que trabalhava com as Américas deveriam ser incentivados a examinar o relatório e comprometer-se a adotar suas recomendações, com a resolução de concretizar os compromissos em ação com desfechos e resultados mensuráveis.

93. Ela tinha o prazer de anunciar que o Canadá estava apoiando uma nova iniciativa de três anos com a OPAS para fortalecer os sistemas básicos de atenção primária à saúde e prestação de serviços na América Latina e no Caribe. O projeto se centraria em três dos seis componentes de um sistema de saúde com bom funcionamento, como identificado pela OMS, a saber: governança, prestação de serviços de saúde e sistemas de informação de saúde. De acordo com este projeto, a OPAS trabalharia para estabelecer coerência entre as estratégias, políticas, legislação e mecanismos de financiamento nacionais, e

colaboraria com instituições de saúde locais e nacionais para prestar serviços e melhorar a coleta de informação de saúde. O Canadá estava comprometido em fazer sua parte para cumprir com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio até 2015 e, como um vizinho no continente, tinha orgulho de apoiar a OPAS em seu trabalho para melhorar a saúde dos povos das Américas.

94. A dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, OMS) disse que a OMS tinha orgulho de estar trabalhando com o Governo do Canadá para promover a importância dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, em particular o Objetivo 5. Era importante no âmbito nacional que fossem demonstrados os resultados que efetivamente melhoravam a vida das mulheres. Não havia razão para as mulheres continuarem a morrer ao dar à luz quando os profissionais da saúde sabiam como evitar estas mortes. Mas os líderes políticos tinham de “praticar o que pregavam”. Eram necessárias mudanças na condição social e participação política das mulheres. A violência contra a mulher deveria ser combatida, assim como o casamento infantil. Eram problemas que a comunidade internacional precisava combater, agindo de forma coordenada. A relativa ausência de progresso no Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 era reflexo da enorme desigualdade que sofriam as mulheres. Era também reflexo de falhas dos muitos interessados diretos: os doadores nem sempre cumpriam suas promessas, quaisquer que fossem as razões, mas também às vezes quem recebia os fundos doados não realizava o que havia se comprometido a fazer.

95. Não havia tempo a perder, mulheres estavam morrendo a todo minuto e todos os envolvidos não podiam perder nunca o senso de urgência. A OMS, OPAS e outros organismos das Nações Unidas faziam a sua parte, mas necessitavam do apoio financeiro dos países e organizações. Na mesma moeda, os países e as organizações que recebiam apoio precisavam chegar aos resultados com que haviam se comprometido. Sem este duplo compromisso e solidariedade, não seria possível melhorar a saúde infantil e da mulher.

96. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado uma versão anterior do plano de ação proposto. Como vários membros do Comitê haviam considerado que o plano de ação tinha sérias fragilidades, e também porque havia sido disponibilizado somente uma semana antes da sessão, havia sido sugerido que um grupo de especialistas técnicos deveria ser formado para melhorá-lo antes de ser apresentado ao Conselho Diretor. Também se recomendou que o orçamento do plano de ação proposto de \$30 milhões deveria ser examinado quanto à sua viabilidade. Foram destacadas várias deficiências específicas no documento e também algumas questões gerais de política que pareciam mal elaboradas. (informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê, Documento CE148/FR.) O Comitê havia decidido aprovar a Resolução CE148.R14 recomendando que o Conselho Diretor respaldasse o plano de ação, com a condição de que ele seria

revisado atendendo às observações e sugestões dos Estados Membros. Havia sido realizadas consultas eletrônicas para esta finalidade durante o mês de julho.

97. O Conselho recebeu bem e apoiou o plano de ação revisto, sendo que os delegados consideraram que seria uma contribuição valiosa para assegurar que todos os países da Região atingissem o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 e também que traçaria um rumo para ação contínua a fim de melhorar saúde materna depois de vencido o prazo de cumprimento dos ODM em 2015. Também foi visto com satisfação o alinhamento do plano com a Estratégia Global para Saúde Infantil e da Mulher e com as recomendações da Comissão para Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher. Manifestou-se apoio à ênfase do plano de assegurar a disponibilidade de serviços de saúde de alta qualidade para mulheres, independentemente da capacidade delas de pagar pelos serviços, e de reduzir as desigualdades financeiras, sociais e geográficas que impedem o acesso das mulheres à atenção. Alguns delegados agradeceram que haviam sido feitas as alterações apontadas como necessárias durante a sessão do Comitê Executivo, enquanto outros destacaram que algumas das alterações solicitadas haviam sido desconsideradas. Em particular, reiterou-se que o plano deveria salientar a necessidade de acesso aos serviços para prevenir a infecção pelo HIV e tratar mulheres grávidas HIV positivas. Como o orçamento aprovado da Organização para 2012–2013 (ver parágrafos 27 a 39 anteriormente) era inferior ao valor apresentado ao Comitê Executivo, foi novamente sugerido que deveria ser reavaliada a viabilidade de arrecadar a soma contemplada para a implementação do plano.

98. Foi destacado o vínculo entre as doenças não transmissíveis e a saúde materna, e se sugeriu que o plano de ação deveria incorporar as atividades e as intervenções que visavam abordar fatores de risco como diabetes, hipertensão e obesidade, assim como distúrbios genéticos como anemia falciforme, que poderia causar complicações durante gravidez. Também se assinalou que a recessão econômica havia obrigado muitas mulheres a continuar a trabalhar em durante toda a gravidez, em geral negligenciando o pré-natal. Vários delegados observaram um vínculo entre gravidez, em particular a gravidez não planejada, e violência doméstica. Foi enfatizada a importância de conscientizar e instruir os homens sobre o próprio papel para melhorar saúde materna, assim como a necessidade de conscientizar a sociedade como um todo que, embora fossem naturais e bem recebidos, a gravidez e o parto tinham potencial para causar morbidade grave sem o cuidado adequado.

99. Os delegados descreveram as atividades nos seus países para reduzir a mortalidade materna. Vários deles informaram que os seus governos tinham planos de ação nacionais alinhados com o plano regional proposto. Entre os aspectos importantes destes planos nacionais estavam melhoria da coleta de informação, em alguns casos através da criação de um observatório, para aprimorar a formulação de políticas e destinação de verbas e pessoal, e mecanismos para notificação imediata de óbitos

maternos para permitir sem demora identificar as causas e as lições a ser aprendidas. Informou-se que um país havia instituído um sistema de comunicação por rádio e transporte de emergência para reação rápida às emergências obstétricas, enquanto outro havia instituído um sistema em todo o país de serviços de atenção materna para que, quando houvesse complicações, as mulheres pudessem ser encaminhadas rapidamente aos serviços com a competência necessária.

100. Em alguns países, havia sendo dado destaque especial à formação e capacitação de profissionais da saúde, inclusive atendentes tradicionais de parto. A este respeito, ressaltou-se a escassez de recursos humanos criada com a emigração de profissionais da saúde reprodutiva. Também se sugeriu que mais pessoal médico deveria estar disponível nos serviços de saúde ao final do dia e à noite quando havia uma maior tendência a ocorrer mortalidade materna, precisamente pela falta de pessoal bem qualificado durante estes períodos.

101. Uma representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina também se manifestou em apoio ao plano de ação, destacando a importância de métodos sensíveis às diferenças culturais ao se prestar serviços de saúde reprodutiva.

102. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA) agradeceu aos delegados pelas suas observações, que eram um estímulo à Repartição para continuar a trabalhar no assunto. Ela também tomou nota das alterações sugeridas à resolução proposta, assim como da solicitação para reexaminar a viabilidade do orçamento para implantação do plano de ação. As observações sobre os vínculos entre gravidez e doenças não transmissíveis eram muito boas e ela também agradeceu às diversas pessoas e organizações que atuavam para promover a saúde materna e, em especial, reduzir os abortos de risco. Como a dra. Bachelet havia assinalado, existia amplo conhecimento do que era preciso ser feito para reduzir a mortalidade materna. Agora era necessário difundir este conhecimento e dividir boas práticas. Com este propósito, a OPAS estava planejando um simpósio junto com o Dia Internacional da Mulher.

103. A Diretora disse que a redução da mortalidade materna requereria não só um enfoque para os governos como um todo, mas também, por parte da OPAS, da Organização como um todo. Ela convocou todos os Estados Membros da Região a estabelecer a meta de mortalidade materna zero, porque, como haviam assinalado diversos palestrantes, com o conhecimento atual, não era admissível que as mulheres continuassem a morrer ao dar à luz.

104. Durante a discussão do Conselho do projeto de resolução sobre este item (incluído no Documento CD51/12), foi sugerido que a meta de prestar serviços de saúde materna gratuitos às populações mais vulneráveis poderia ser uma carga excessiva para algumas economias, e que a ideia deveria ser retirada da resolução. Contudo, outros delegados



acharam que ela deveria ser mantida, como uma aspiração para ser almejada. Alguns delegados sugeriram que uma construção como “na medida do possível” poderia ajudar. A Diretora sugeriu que a versão em inglês poderia ser, “e também considerar a possibilidade de prestar esses serviços de forma gratuita para as populações mais vulneráveis”. Também se sugeriu que deveria ser feita menção sobre o envolvimento dos homens para a melhoria da saúde da mulher.

105. Depois de examinar a nova versão do projeto de resolução incorporando as emendas propostas por diversos Estados Membros, o Conselho aprovou a Resolução CD51.R12, respaldando o plano de ação.

106. O Conselho também agradeceu os membros do Painel sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva (ver parágrafos 117 a 130 a seguir), realizado conjuntamente com este item, sendo uma oportunidade para ouvir ideias informativas e inspiradoras dos painelistas sobre como melhorar a saúde de mulher e acabar com o flagelo da mortalidade materna.

### ***Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde (Documento CD51/13)***

107. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido com satisfação o empenho da OPAS para promover o uso de tecnologia da informação em saúde como uma maneira de expandir o acesso a serviços de saúde, e havia expressado apoio à Estratégia e Plano de Ação para eSaúde propostos. O Comitê também havia respaldado a proposta para estabelecer um fórum dos especialistas para promover o uso de informações e tecnologias de comunicação em saúde pública. Elogiou-se o reconhecimento na estratégia da natureza intersectorial da *e-saúde* e havia sido destacada a importância de apoio e colaboração entre os diferentes setores em questões de infraestrutura, financiamento, educação, inovação e interoperabilidade. Ao mesmo tempo, porém, havia sido ressaltado que o desenvolvimento da saúde digital deveria ser conduzido e supervisionado pelos ministérios da saúde, não pela indústria de tecnologia da informação ou outras partes com interesses comerciais. O Comitê havia salientado a necessidade de, em vez de criar novas parcerias e iniciativas, trabalhar com as existentes e havia recomendado que alguns dos indicadores propostos para o plano de ação fossem refinados e esclarecidos (informações detalhadas disponíveis no relatório final da 148ª Sessão do Comitê, Documento CE148/FR). O Comitê havia aprovado a Resolução CE148.R4, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse a estratégia e aprovasse o plano de ação.

108. Um vídeo ilustrando o desenvolvimento e os benefícios da saúde digital foi projetado. Na discussão que se seguiu, os Estados Membros receberam cordialmente os esforços da OPAS para promover e fortalecer o uso de tecnologias de informação e comunicação de modo a ampliar o acesso a serviços de saúde e melhorar a qualidade

destes serviços, e expressou-se firme apoio à estratégia e plano de ação propostos, embora observando que eles precisariam ser adaptados à situação e às necessidades de cada país. Diversos delegados comentaram que o uso da telemedicina e de outras tecnologias de comunicação poderia ajudar a fazer chegar os serviços de saúde até populações vivendo em áreas remotas, reduzindo assim desigualdades de acesso à assistência de saúde. Observou-se também o valor de tais tecnologias para os países insulares como os do Caribe. Foi destacado o vínculo entre a Estratégia e Plano de Ação sobre *e-Saúde* e um empenho maior para fortalecer os sistemas de informação de saúde.

109. Os delegados expuseram as iniciativas de *e-saúde* de seus países, observando que as suas atividades nacionais estavam plenamente alinhadas com as áreas estratégicas e os objetivos propostos na estratégia e no plano de ação regional. Entre as atividades pretendidas estavam a formulação de políticas e estratégias nacionais para o uso de tecnologias da informação e de comunicação no setor da saúde, desenvolvimento de bancos de dados da legislação de saúde, digitalização de prontuários médicos, criação de bibliotecas virtuais em saúde e campi de educação à distância e o uso de redes sociais e telefonia móvel para transmitir informação de saúde (saúde móvel ou “mHealth”), inclusive informação sobre surtos de doenças. Assinalou-se que os aparelhos móveis eram uma das tecnologias de *e-saúde* mais promissoras, uma vez que serviços de telefonia móvel estavam amplamente disponíveis na maioria dos países da Região, até mesmo naqueles com conectividade limitada à internet e em áreas remotas. Muitos delegados ressaltaram a importância da interoperabilidade e a necessidade de perfeita integração e transferência das informações dos pacientes entre os profissionais da saúde para melhorar a assistência aos pacientes e prevenir erros médicos e duplicação de serviços. Salientou-se a necessidade de captar informações de saúde de profissionais da saúde do setor privado, assim como a necessidade de elaborar protocolos e marcos reguladores para o intercâmbio de dados dos pacientes entre países, uma vez que em algumas partes da Região era comum que pacientes viajassem a países vizinhos para receber atenção médica.

110. Como o Comitê Executivo, o Conselho salientou a necessidade de trabalhar com as iniciativas existentes de *e-saúde*, como um programa de telemedicina da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica, e instou a OPAS a apoiar tais iniciativas para evitar a duplicação e fragmentação dos esforços e desperdício de recursos. O Conselho também enfatizou a importância de compartilhar experiência e boas práticas e convocou a OPAS a apoiar tais intercâmbios. A Delegada do México disse que seu país tinha um centro de excelência nacional em tecnologia em saúde (Centro Nacional de Excelência Tecnológica em Salud) que havia desenvolvido cursos e seminários em telemedicina e telessaúde, que com prazer poderiam ser disponibilizados a outros países por via eletrônica através da OPAS.

111. Assinalou-se que as funções do laboratório regional propostas no objetivo 1.4 pareciam se sobrepôr às do comitê consultivo técnico propostas no objetivo 1.2, já que

ambos os mecanismos monitorariam e avaliariam as políticas de *e-saúde* na Região, e poderia haver um vínculo mais estreito entre os dois, assim como vínculos com as bibliotecas virtuais em saúde propostas no objetivo 4.2.

112. O componente de capacitação da estratégia foi considerado muito importante, e buscou-se o apoio da OPAS nesta e em outras áreas. Em particular, os Estados Membros solicitaram ajuda para fortalecer suas informações de saúde e infraestrutura de comunicação, melhorar a competência tecnológica e o conhecimento especializado do pessoal do setor de saúde, avaliar tecnologias da informação em saúde e estabelecer padrões para tecnologia da informação em saúde e para garantir a privacidade e preservar a confidencialidade das informações dos pacientes. Uma delegada sugeriu que as diretrizes para a governança da informação de saúde deveriam ser formuladas no marco da iniciativa de *e-saúde* da OPAS. A mesma delegada perguntou sobre a experiência com o uso de alternativas de código aberto em lugar de software de marca registrada, em particular sobre os problemas e vantagens para países em desenvolvimento.

113. O Sr. Marcelo D'Agostino (Gerente de Área, Gestão do Conhecimento e Comunicação, RSPA) observou que uma das ideias inerentes ao conceito da *e-saúde* e ao conceito mais amplo de "sociedade de informação" era o de viver sem fronteiras, uma ideia que havia sido aludida por vários delegados, assim como a ideia relacionada de interoperabilidade. Ele também observou que muitos delegados haviam ressaltado a importância de instruir e assinalado que instrução deveria ser dada não só para profissionais da saúde, mas também para os pacientes. Por esse motivo, a OPAS estava dando grande ênfase à alfabetização digital. Ele agradeceu aos Estados Membros por suas observações e sugestões, que seriam incorporadas na estratégia e plano de ação, e assegurou ao Conselho que a Organização seguiria apoiando os Estados Membros ao avaliar tecnologias da informação e de comunicação em saúde e fortalecer sua infraestrutura tecnológica e também continuaria apoiando as iniciativas existentes de *e-saúde* na Região.

114. O dr. Najeeb Al-Shorbaji (Diretor, Departamento de Gestão e Compartilhamento do Conhecimento, OMS) recebeu com satisfação as diversas iniciativas de *e-saúde* descritas pelos delegados e afirmou que a OMS se empenharia ao máximo para apoiar a implementação da estratégia e plano de ação regional. Ele disse que a OMS via a *e-saúde* como um meio de melhorar a igualdade e o acesso universal aos serviços de saúde e informações de saúde, assim como uma maneira de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde e reduzir seu custo, pontos que haviam sido levantados durante a discussão do Conselho. A OMS estava apoiando os esforços dos escritórios regionais, principalmente ao criar um banco de evidências para *e-saúde*, sendo que o objetivo era demonstrar o impacto de intervenções de *e-saúde* nos desfechos de saúde de modo que os responsáveis pela tomada de decisão e doadores em potencial pudessem se convencer de que valia a pena investir em projetos de *e-saúde*. O Observatório Global para *e-Saúde* da

Organização era um meio de partilhar conhecimento, informação e lições aprendidas entre os Estados Membros. A OMS estava também apoiando a formulação e a implementação dos padrões de interoperabilidade para *e-saúde*.

115. A Diretora, observando sobre os pedidos por parte do Conselho para que a OPAS coordene as atividades de *e-saúde* com as de outras organizações, disse que um dos principais objetivos da Organização ao desenvolver a estratégia e o plano de ação havia sido assegurar que as perspectivas e necessidades do setor da saúde estivessem refletidas nas iniciativas de governo eletrônico da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe das Nações Unidas, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento e outras instituições, assim como nas dos diversos grupos de integração regional. Em particular, a OPAS desejava assegurar que as necessidades dos ministérios da saúde nos países com capacidade econômica e tecnológica limitada fossem levadas em consideração.

116. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R5, respaldando a estratégia e aprovando o plano de ação para *e-saúde*, como revisto, atendendo às sugestões dos Estados Membros.

***Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva (Documento CD51/14, Rev. 1)***

117. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia tido conhecimento em junho de um relatório sobre os objetivos e o programa proposto para o Painel sobre maternidade segura e acesso universal à saúde sexual e reprodutiva, e havia feito várias sugestões com relação a itens que deveriam ser abordados. Um era a questão do aborto terapêutico e concepções equivocadas e tendenciosas a este respeito, que poderiam ser um obstáculo a intervenções médicas com potencial para salvar muitas vidas. Outro era a necessidade de indicadores de saúde sexual e reprodutiva mais flexíveis que revelariam disparidades e desigualdades, tanto entre países no âmbito nacional como dentro de um mesmo país no âmbito subnacional, e que levaria em consideração as circunstâncias específicas dos diferentes países.

118. O Presidente apresentou os panelistas: Sua Alteza Real Princesa Cristina da Espanha (Diretora, Área de Cooperação Internacional, Fundação La Caixa, e Presidente, Instituto de Salud Global, Barcelona [ISGlobal]); dra. Michelle Bachelet (Secretária-Geral Adjunta das Nações Unidas e Diretora-executiva, ONU Mulheres); dra. Laura Laski (Chefe, Divisão de Saúde Sexual e Reprodutiva, Fundo de População das Nações Unidas [FNUAP]); dr. Aníbal Faúndes (Presidente, Grupo de Trabalho para Prevenção do Aborto de Risco, Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia); dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, OMS) e dra. Mirta Roses (Diretora, RSPA).

119. A Diretora observou que, nos 20 últimos anos, havia ocorrido uma redução da mortalidade materna ao redor de 30% para a Região como um todo, mas a redução havia sido desigual entre os países e internamente nos países e insuficiente para que fosse alcançado o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5 nas Américas até 2015. Aproximadamente 95% da mortalidade materna na América Latina e no Caribe eram devidos às causas evitáveis com o conhecimento existente. Muitas mortes maternas estavam relacionadas com a gravidez indesejada, sendo que um frequente fator contribuinte era o acesso limitado à anticoncepção. A legislação restritiva sobre o aborto era outro fator contribuinte, pois muitas mulheres recorriam a abortos de risco. Não havia serviços obstétricos essenciais disponíveis para todas as mulheres e eles eram em geral caros, de má qualidade, ou não culturalmente aceitáveis a mulheres, em parte por falta de pessoal com qualificação adequada.

120. Um ano antes, a OPAS, junto com o Grupo de Trabalho Regional para Redução da Mortalidade Materna, a Fundação La Caixa e outras organizações, haviam convocado os países da Região, dentro do marco da Iniciativa de Maternidade Segura, a redobrar seus esforços para alcançar as metas do ODM 5. Juntos, estas instituições estavam apoiando esforços para garantir o acesso a serviços gratuitos e integrais de saúde sexual e reprodutiva; para melhorar a qualidade do atendimento pré-natal, parto e pós-parto; para reduzir o aborto de risco e para combater a violência de gênero.

121. A Sua Alteza Real Princesa Cristina da Espanha disse que a Fundação La Caixa tinha tido a satisfação de participar e apoiar a Iniciativa por uma Maternidade Segura com o propósito de reduzir a mortalidade materna e que, apesar do progresso feito, permanecia inadmissivelmente alta. Ela fez um resumo do trabalho da Fundação La Caixa que visava melhorar a saúde materno-infantil, observando que grande parte deste trabalho havia sido direcionada à mobilização social, educação e sensibilização, e salientando a necessidade de promover a ideia de que o investimento na maternidade segura era um investimento não só na saúde da mulher mas também na saúde das suas famílias e comunidades. Ela destacou a criação do Instituto de Salud Global (ISGlobal), uma iniciativa da Fundação La Caixa, que entre outras linhas de trabalho atuava em saúde reprodutiva e neonatal. O instituto estava comprometido com a Estratégia Global do Secretário-Geral das Nações Unidas para Saúde Infantil e da Mulher e estava promovendo a coordenação de pesquisas nesta área entre instituições acadêmicas europeias. Ela via com satisfação eventos como o painel de discussão, que eram importantes para fortalecer os compromissos regionais e nacionais de melhorar a saúde dos mais vulneráveis, e para demonstrar liderança em indicar o rumo a seguir.

122. A dra. Bachelet afirmou que havia motivos para otimismo quanto às perspectivas para melhorar a situação de saúde das mulheres na Região. As tendências com relação ao uso de métodos anticoncepcionais e cobertura de atendimento pré-natal, por exemplo, eram encorajadoras, e a Iniciativa por uma Maternidade Segura servia como uma

excelente plataforma para o trabalho comum, com parcerias se formando entre governos, comunidades, sociedade civil e o setor privado. Além disso, as formas de evitar mortes maternas eram agora conhecidas, fazendo com que a redução da mortalidade materna não fosse mais uma questão de conhecimento técnico ou inovação, mas sim de vontade política. Contudo, havia ainda muito a fazer para garantir o acesso a anticoncepcionais e ao atendimento pré-natal e atenção qualificada ao parto.

123. Ela assinalou que a maioria das estatísticas de mortalidade materna era média, que mascarava desigualdades profundas na Região, que no caso das mulheres eram combinadas à desigualdade que elas já sofriam em alguns países precisamente por serem mulheres. As mulheres precisavam ter maior poder de decisão no sentido de ganhar oportunidades e direitos e se tornarem uma força a ser considerada quando decisões eram tomadas. Para isso, era fundamental autonomia econômica: as mulheres que tivessem renda própria teriam força no debate político e poderiam dedicar mais à saúde, educação e segurança alimentar de suas famílias, promovendo assim os interesses de suas famílias e comunidades, bem como seus próprios interesses. Assim, havia necessidade de vincular o combate à mortalidade materna à luta para assegurar os direitos e maior poder de decisão para mulheres.

124. A dra. Laski, observando que ela estava falando em nome de Marcela Suazo, diretora do Escritório Regional do FNUAP para América Latina e Caribe, destacou que o planejamento familiar era uma das intervenções de maior custo-benefício para reduzir a mortalidade e a morbidade maternas, e que também contribuía para melhorar a situação de pobreza das famílias e para dar maior poder de decisão para a mulher, assim como tinha um grande papel ao prevenir abortos de risco. Ela assinalou que, embora a Região estivesse fazendo progressos em relação ao planejamento familiar, estavam sendo medidos principalmente dados de mulheres que eram casadas ou tinham um parceiro, mas a situação de adolescentes sexualmente ativas na Região não estava sendo considerada, sendo que a maioria começava o uso de métodos anticoncepcionais após o nascimento de primeiro filho. Contudo, a taxa de fecundidade em adolescentes da Região continuava sendo muito alta, somente atrás das taxas registradas na África subsaariana, com variações acentuadas entre os países. Tradicionalmente, a educação tinha um papel importante para prevenir a gravidez indesejada e suas consequências, como demonstrado pelo fato de que meninas com níveis mais altos de escolaridade tendiam a ter menos gravidezes indesejadas; porém, as estatísticas agora indicavam que o efeito benéfico da escolaridade parecia estar diminuindo. Para combater estas desigualdades e lacunas, era necessário se concentrar-se em grupos desfavorecidos específicos para promover o uso de métodos anticoncepcionais. Era também essencial garantir acesso à educação sexual integral, principalmente para adolescentes.

125. O dr. Faúndes observou que, embora a mortalidade por aborto havia caído de forma acentuada, a Região ainda tinha uma das taxas mais elevadas de aborto de risco no mundo, por exemplo 10 vezes maior que a da Região da Europa e atrás somente à taxa da

África subsaariana. Ele citou dados estatísticas que mostravam que a taxa de abortos realizados era 6 a 8 vezes maior em países onde o aborto era ilegal que em países onde ele era não legal mas também de fácil acesso. A diferença vinha do fato de que os países que haviam legalizado o aborto eram também os que proporcionavam orientação de saúde sexual e reprodutiva e acesso a métodos contraceptivos modernos.

126. O primeiro passo para reduzir o número de abortos de risco era a prevenção de gravidez não planejada e indesejada, que requereria programas integrais de planejamento familiar. Ele citou o exemplo do Chile, que havia registrado uma tendência de queda no número de abortos quando foram disponibilizados anticoncepcionais no serviço nacional de saúde. Uma segunda área de ação era assegurar que os abortos legais fossem também seguros. Em alguns países da Região, mesmo o aborto sendo permitido em certas circunstâncias, as mulheres eram com frequência impossibilitadas de interromper uma gravidez. Havia um temor nestes países de que facilitar abortos, ou fazer alterações legais para permiti-los, levariam ao uso do aborto como alternativa à contracepção. Mas a experiência havia mostrado que, embora houvesse em geral um ligeiro aumento do número de abortos logo após a sua legalização, os números depois começavam a cair de forma sustentável. Este aparente paradoxo poderia ser explicado pelo fato de que uma vez que o aborto era realizado por legítimos profissionais da saúde, as mulheres que faziam abortos também recebiam orientação de planejamento familiar e serviços contraceptivos.

127. A terceira área de ação era prevenir mortes e morbidade grave decorrentes do aborto de risco ao assegurar que as mulheres que buscavam atenção médica para complicações pós-aborto efetivamente recebessem a atenção necessária. Para isso era preciso acabar com as atitudes discriminatórias por parte dos profissionais da saúde. A quarta área de ação incluía orientação pós-aborto e provisão da informação sobre planejamento familiar com o objetivo de prevenir outras gravidezes indesejadas e assim prevenir a realização de novos abortos.

128. A dra. Chan disse que a discussão havia sido uma troca franca e realista sem ilusões, mas mesmo assim havia oferecido boas razões para otimismo. Os palestrantes haviam assinalado o que precisava ser feito e identificado uma série de barreiras a serem superadas. O empenho para proporcionar acesso universal a uma ampla diversidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva e de maternidade segura significava abordar as desigualdades de acesso à assistência e compreender que as barreiras a uma saúde melhor para mulheres e meninas eram principalmente médicas e técnicas, mas sim sociais, culturais e políticas.

129. Por um longo tempo, a maternidade segura havia sido uma questão debatida com grande emoção e retórica passional, mas com resultados parcos e muito limitados. Haviam se passado décadas com mudanças ínfimas neste índice descomunal de meio milhão de mortes maternas. Por fim, os números haviam começado a diminuir, em

particular na Região das Américas. Porém, grande parte do trabalho em curso continuava baseada em informação inadequada: muitos países não tinham dados estatísticos confiáveis sobre as causas de morte, sendo que os programas de saúde baseavam suas estratégias em estimativas brutas. A implementação da Estratégia Global para Saúde Infantil e da Mulher ajudaria a abordar este problema. O compromisso de financiamento para a Estratégia havia continuado a se fundamentar no compromisso inicial de cerca de \$40 bilhões, que era um valor assombroso dado o contexto atual de austeridade financeira. Transparência e responsabilidade no uso dos fundos doados seriam um fator fundamental para angariar apoio ao importante esforço necessário para melhorar a saúde infantil e da mulher, reduzir desigualdades ao abordar os determinantes sociais da saúde e fortalecer os diversos componentes principais dos sistemas e serviços de saúde.

130. Depois das apresentações do painel, o Conselho considerou o Plano de ação regional para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave (ver parágrafos 90 a 106 anteriormente).

***Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos (Documento CD51/15, Rev. 1 e Add. I)***

131. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido com satisfação a escolha da resistência aos antimicrobianos como o tema para a mesa redonda do Conselho, e havia sugerido várias questões que deveriam ser consideradas pelos grupos de discussão como: disponibilidade atual e futura dos antibióticos; controle de qualidade e uso racional de antibióticos; fortalecimento de serviços de farmácia hospitalar e redes nacionais de laboratórios; melhoria da vigilância, prevenção e controle de infecções nosocomiais e melhoria das práticas de dispensação de medicamentos.

132. Um discurso de abertura introduzindo o tema da mesa redonda foi feito pelo dr. Patrick W. Kelley, diretor do Comitê para o Desenvolvimento Acadêmico Científico Africano do Instituto de Medicina nas Academias Nacionais dos Estados Unidos. O dr. Kelley observou que o uso inadequado de antibióticos promovia a resistência aos medicamentos e menosprezava a saúde pública. A automedicação sem receita médica era comum em muitos lugares na Região, mas o uso indiscriminado de antibióticos era uma receita para a precariedade da saúde global e individual. A saída estava na educação e sensibilização, para possibilitar a quem usava antibióticos de modo inadequado e em excesso entender os riscos. Havia uma suposição persistente de que a indústria farmacêutica encontraria uma salvação, com a produção constante de novos antibióticos para substituir aqueles para os quais havia resistência. Porém, havia uma dificuldade crescente de fornecer antibióticos novos e mais potentes. O desenvolvimento de medicamentos era extremamente caro, o que significava que se uma empresa tivesse oportunidade de desenvolver medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis a



ser tomados diariamente durante décadas, ela teria muito menos incentivo para desenvolver antibióticos a ser tomados apenas por uma semana ou duas.

133. Além disso, quantidades substanciais de antibióticos falsificados poderiam atravessar fronteiras até dos países com os melhores sistemas de vigilância. Um antibiótico de padrão inferior sem a devida potência levaria ao surgimento de microorganismos resistentes onde quer que fosse levado pela cadeia global de fornecimento, resultando assim em cursos clínicos mais complicados para os pacientes ou mesmo morte. Outra complicação era a questão dos direitos de propriedade intelectual. A maioria dos problemas relacionados aos medicamentos falsificados eram questões da saúde pública não relacionadas com a violação dos direitos da marca comercial, mas as questões de propriedade intelectual haviam dominado as negociações internacionais para melhorar o acesso a medicamentos seguros e eficazes, levando a um impasse. O problema era agravado pelo uso de antibióticos como promotores do crescimento em animais destinados ao consumo, resultado na presença de bactérias resistentes nos alimentos tanto nos supermercados europeus como americanos.

134. Na Europa, as bactérias resistentes a medicamentos causavam cerca de 400 mil infecções e mais de 25 mil mortes todos os anos, a um custo, em termos de dias de internação hospitalar, de pelo menos 1,5 bilhão de euros. As cifras para as Américas seriam indubitavelmente semelhantes. E como as populações de idosos cresciam em todo o mundo, passando mais tempo no hospital para receber tratamento para doenças não transmissíveis, o ônus econômico das infecções nosocomiais resistentes a medicamentos aumentaria. Uma resposta sustentável e eficaz demandava um enfoque de todo o governo, incluindo ministérios da saúde, agricultura, educação e fazenda, encabeçada pela comunidade de saúde pública com programas de controle de infecção hospitalar baseados em vigilância sólida, análise epidemiológica, política clínica, higiene e educação.

135. O Grupo Técnico Assessor para Resistência aos Antimicrobianos da OPAS havia examinado o desempenho laboratorial e obtido resultados discordantes, o que havia destacado a importância de investir na melhoria de meios diagnósticos, sistemas de dados, sistemas de garantia da qualidade, formação laboratorial e epidemiológica e credenciamento externo periódico. Sem um bom trabalho laboratorial, havia grande desperdício de dinheiro devido à vigilância deficiente e escolha de medicamentos na base da tentativa e erro. Era também importante assegurar que os clínicos aderissem às diretrizes com fundamentação científica. Um exame pelos pares da qualidade da atenção institucionalizada deveria ser considerado em cada hospital.

136. Felizmente, o excelente trabalho da OPAS havia claramente definido as questões a serem abordadas no espectro de saúde, e a Região agora estava em uma boa posição para elaborar e implantar planos estratégicos nacionais de vigilância e controle da resistência aos antimicrobianos com garantia de qualidade. Os passos seguintes iriam

requerer coragem e estímulo mútuo. Os Estados teriam de considerar algumas intervenções, que possivelmente não eram bem vistas, para melhorar o controle do acesso a antibióticos, como instrução do público sobre o uso de antibióticos, a fim de não apenas ter assistência médica de qualidade, mas também preservar pelo máximo de tempo possível o milagre dos antibióticos, o qual havia sido fundamental à saúde global nos últimos 70 anos.

137. Após os comentários do dr. Kelley, o Conselho se dividiu em três grupos, concentrando-se nos seguintes tópicos, impacto socioeconômico da resistência aos antimicrobianos, informação epidemiológica e seu uso em potencial e enfoque multifacetado para conter a resistência aos antimicrobianos.

138. O dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) apresentou o relatório das conclusões dos diferentes grupos de discussão, expostas no Documento CD51/15, Rev. 1, ad. I. Ele destacou que os grupos haviam observado que a resistência aos antimicrobianos representava uma ameaça à saúde que implicava em um alto custo socioeconômico e exigia uma resposta multissetorial. O fortalecimento da função gestora havia, portanto, sido considerada com sendo fundamental para o sucesso. Na prática, esta resposta começava com um quadro regulador, político e jurídico que englobava todos os aspectos do ciclo de uso de antibióticos, a vigilância laboratorial da resistência e o controle de infecções relacionadas com assistência de saúde. A implementação deste modelo deveria incluir o compartilhamento das experiências com êxito e boas práticas e cooperação entre os Estados Membros.

139. O Conselho solicitou que a Repartição preparasse uma estratégia e plano de ação regional para contenção da resistência aos antimicrobianos que serviria de guia para políticas nacionais e planos operacionais e seria apresentado na próxima reunião dos Órgãos Diretivos.

### **Assuntos Administrativos e Financeiros**

#### ***Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições (Documentos CD51/16 e Add. I)***

140. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado que, em 20 de junho de 2011, a arrecadação combinada das contribuições corrente e em atraso havia totalizado \$54,7 milhões, em comparação a \$49,3 milhões em 2010 e \$38 milhões em 2009. A arrecadação das cotas do ano corrente havia sido de \$31 milhões, ou 32% do total devido em 2011. O Comitê também havia sido informado que dois Estados Membros estavam potencialmente sujeitos a restrições de voto contempladas em conformidade com o Artigo 6.B da Constituição da OPAS, e que a Repartição havia incentivado estes Estados Membros a

tomarem as medidas necessárias para preservar seu direito a voto durante o Conselho Diretor.

141. A sra. Linda Kintzios (Assessora Sênior e Tesoureira, Sistemas e Serviços Financeiros, RSPA) agradeceu aos Estados Membros pelos seus esforços contínuos em fazer as suas contribuições estimadas no momento adequado, assegurando desse modo um fluxo previsível de caixa à Organização. Ela explicou que o Documento CD51/16 refletia os recebimentos em 31 de julho de 2011, e que o Adendo I continha dados atualizados sobre os pagamentos recebidos até 16 de setembro de 2011. Após essa data, a OPAS havia recebido um pagamento adicional de \$1.348.981 do Governo do México, que havia assim feito sua contribuição integral em 2011.

142. As contribuições estimadas totais recebidas em 16 de setembro de 2011 eram de \$85 milhões, comparados a \$81 milhões em 2010, \$69 milhões em 2009, e \$53 milhões em 2008. Em 16 de setembro de 2011, a arrecadação das contribuições para o ano corrente era de \$57,3 milhões, o que representava somente 58% da contribuição total \$98,3 milhões para 2011. Ao todo, 20 Estados Membros haviam pagado suas cotas de 2011 integralmente, cinco haviam efetuado pagamentos parciais, e 14 Estados Membros ainda não haviam efetuado o pagamento das contribuições do ano corrente.

143. Em 1º de janeiro de 2011, o total de pagamentos atrasados das contribuições estimadas para os anos anteriores a 2011 havia sido de \$29,7 milhões, sendo 90% desta quantia relativos a 2010. Os pagamentos recebidos para os atrasados até 16 de setembro de 2011 somavam \$27,7 milhões, ou 93% do total dos pagamentos atrasados, com o saldo pendente de somente \$2 milhões. Na abertura do Conselho, nenhum Estado Membro estava sujeito à restrição de voto contemplada em conformidade com o artigo 6.B da Constituição da OPAS.

144. No debate que seguiu aos comentários da sra. Kintzios, assinalou-se que o pagamento das cotas de contribuição pelos Estados Membros refletia o grande compromisso com as questões de saúde pública, que os motivava a manter o pagamento em dia mesmo em uma época de austeridade financeira. Por sua vez, o Conselho reconhecia os esforços realizados pela Diretora e a equipe da Repartição para fazer ótimo uso dos recursos contribuídos.

145. A Diretora agradeceu aos Estados Membros por continuar pagando as suas cotas em uma época de séria limitação financeira.

146. O Conselho tomou nota do relatório sobre a arrecadação das cotas.

***Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2010  
(Documento oficial 340)***

147. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que haviam sido feitas apresentações ao Comitê Executivo sobre o Relatório Financeiro do Diretor pela sra. Sharon Frahler, Gerente da Área de Gestão de Recursos Financeiros, e pela sra. Helena Freetenby, representando o Auditor Externo. A sra. Frahler havia resumido o conteúdo do Relatório Financeiro, observando que os recursos financeiros totais da Organização continuavam tendo um crescimento significativo, alcançando um total acumulado de \$932,6 milhões em 2010, em comparação com a receita em dinheiro de \$731 milhões em 2009. Os gastos para o ano haviam sido de \$927,3 milhões e, portanto, a Organização terminou 2010 com um excedente líquido de receita em relação aos gastos de \$5,3 milhões.

148. As cotas acumuladas em 2010 haviam totalizado \$98,3 milhões e as receitas diversas \$5,2 milhões. Além disso, a Organização havia recebido e executado um total de \$200 milhões em fundos de reserva em acordos plurianuais para programas de saúde pública, inclusive \$82,8 milhões recebidos dos governos para projetos com financiamento externo, \$106,8 milhões para projetos com financiamento interno e quase \$10 milhões para esforços de resposta de emergência no Chile e Haiti.

149. A sra. Freetenby havia informado ao Comitê que o Auditor Externo não havia encontrado pontos fracos ou erros considerados relevantes à precisão ou caráter integral das contas da Organização e, portanto, havia emitido um parecer de auditoria sem reservas. Ela havia felicitado a Organização por sua implementação com êxito das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS), no entanto observando que isso havia feito com o cronograma para a finalização da auditoria fosse muito apertado. Ela também havia destacado a necessidade de aprimorar ou substituir alguns dos principais sistemas de contabilidade e gestão da informação financeira para que a Organização pudesse obter benefício pleno das IPSAS, e havia observado a necessidade de um marco sólido de gestão de riscos.

150. O Comitê Executivo havia recebido bem a informação sobre a sólida situação financeira da Organização e o recebimento de um parecer de auditoria sem reservas. A alta qualidade das contas da Organização e a maior transparência proporcionada pelas IPSAS haviam sido consideradas em particular importantes diante do crescimento contínuo nos recursos geridos pela Organização. O Comitê havia incentivado a Repartição examinar atentamente as questões levantadas pelo Auditor Externo e suas 12 recomendações, que poderiam ser encontradas no Documento Oficial 340. Receberam destaque especial as recomendações sobre a atualização frequente dos dados de projetos para assegurar que as informações de gestão estivessem atualizadas e ao desenvolvimento de um enfoque para lidar com as obrigações não financiadas dos benefícios de aposentadoria do pessoal. Observando que o Auditor Externo havia expressado

preocupação com algumas atividades de compras possivelmente inapropriadas, o Comitê havia sugerido que as regras deveriam ser mais rigorosas.

151. O Conselho Diretor elogiou a Organização pelo seu sucesso ao preparar demonstrações financeiras em conformidade com as IPSAS e ao assegurar um parecer reservas de auditoria a este respeito. Observou-se que, de acordo com a recomendação do Auditor Externo, a Repartição ainda precisava abordar certos riscos de tecnologia da informação para assegurar que a operação básica e a necessidade de relatórios fossem cumpridas, e para continuar a monitorar as implicações do plano de seguro de saúde do pessoal que era comum entre a Organização e a OMS.

152. Foi também expressa preocupação com relação a um pequeno número de contratos de compras questionáveis, para os quais o relatório do Auditor Externo havia chamado atenção, e a Repartição foi instada a seguir a recomendação do Auditor Externo de realizar uma avaliação formal de riscos para contratos de compras de valor alto e contratos em novas áreas de atividade. Os comentários do Auditor Externo sobre a atualização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA foram observados, e se pediu à Repartição que fornecesse relatórios confirmando que a implementação do novo sistema havia considerado os riscos destacados. As questões do Auditor Externo com relação às obrigações não financiadas dos benefícios de aposentadoria e plano de saúde pós-serviço para o pessoal de Repartição foram também observadas. Também se recordou que, na reunião do Comitê Executivo, havia sido manifestado desejo de poder dispor de um documento detalhando os diferentes propósitos das muitas funções de supervisão e auditoria na Organização.

153. A sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) agradeceu o reconhecimento por parte do Conselho do trabalho que havia sido necessário para implantar as IPSAS de modo integral e a tempo, assinalando que, como primeira entidade a fazer a implantação, a Repartição havia sido uma fonte de informação para outros organismos do sistema das Nações Unidas para orientação e auxílio com os próprios processos de implantação das IPSAS. Voltando à questão do plano de seguro de saúde do pessoal, ela disse que, como o plano havia sido partilhado com a OMS por vários anos, estava sendo difícil dividir as contribuições feitas por cada uma das organizações. Um dos fatores era que, apesar de a OPAS haver implantado as IPSAS em 2010, a OMS faria a implantação somente em 2012, e portanto não tinha a mesma urgência para resolver o problema. As duas organizações estavam trabalhando para chegar a solução mutuamente aceitável, e não se esperou que a questão causasse dificuldade no fechamento das contas do ano corrente.

154. Embora o Auditor Externo tivesse manifestado dúvida quanto a duas operações específicas de compras, a Repartição havia reassegurado que as compras haviam efetivamente sido realizadas dentro da missão da Organização. O incidente havia

chamado a atenção da Repartição para a importância de assegurar que cada uma das partes da Organização descentralizada estivesse a par das regras para compras e, de agora em diante, se fosse recebida uma solicitação de compras que aparentemente não estivesse de acordo com estas regras, ela seria rejeitada de imediato.

155. Sobre a avaliação de riscos, a Repartição estava progredindo esperando ter uma solução sólida pronta para ser apresentada ao Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2012. Um documento também seria preparado para o Subcomitê sobre a questão das obrigações não financiadas dos benefícios de aposentadoria do pessoal.

156. A Diretora concordou que o exercício financeiro anterior havia sido fundamental, pois havia sido a primeira vez que as demonstrações financeiras da Organização eram preparadas de acordo com as novas normas contábeis. Ela agradecia o trabalho realizado por todos para que isso funcionasse a contento e observou que, em uma organização descentralizada como a OPAS, esforços tinham de ser feitos nas representações nos países e em outros locais, como os ministérios da saúde que forneciam os dados, assim como na Sede.

157. O Conselho tomou nota do relatório.

***Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2012–2013 e 2014–2015 (Documento CD51/17)***

158. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho que três indicações haviam sido recebidas para o cargo de Auditor Externo: o Governo da Bolívia havia indicado o Inspetor e Interventor Geral da Índia; o Governo do Panamá havia indicado o Tribunal Espanhol de Auditoria; e o Governo do Peru havia indicado a Instituição Suprema de Auditoria da Alemanha. Mais uma indicação havia sido recebida do Governo da Jamaica, mas como havia sido feito depois de vencido o prazo, não cumpria com os requisitos para consideração.

159. A sra. Linda Kintzios (Assessora Sênior e Tesoureira, Sistemas e Serviços Financeiros, RSPA) acrescentou que, de acordo com a Regulamentação 14.1 do Regulamento Financeiro, a Conferência Sanitária Pan-Americana ou o Conselho Diretor deveriam indicar um Auditor Externo de renome internacional para auditar as contas da Organização. A duração da indicação ficava a critério da Conferência ou Conselho, mas a prática anterior havia sido nomear o Auditor Externo para dois biênios. Ela acrescentou que o Auditor Externo deveria ter experiência na prestação de serviços profissionais de auditoria segundo as Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público, e deveria ter experiência de trabalho em um ambiente multicultural, com capacidade de fornecer pessoal propriamente capacitado com domínio tanto do inglês quanto do espanhol.

160. Uma nota verbal havia sido enviada a todos os Estados Membros em outubro de 2010, descrevendo em detalhes o processo a ser seguido para indicar um Auditor Externo. A data-limite para o recebimento das indicações havia sido 30 de abril de 2011, subsequentemente prorrogada pela Diretora até 1º de junho de 2011. Os Estados Membros havia sido estimulados a examinar os órgãos que faziam auditoria de outros organismos das Nações Unidas, fundos e programas, assim como outras instituições supremas de auditoria, levando em consideração que o Auditor Externo da OPAS não tinha de ser da Região das Américas. Além disso, como não se exigia especificamente que a OPAS que indicasse uma entidade de auditoria nacional como Auditor Externo, os Estados Membros haviam sido estimulados também a considerar a possibilidade de indicar uma firma do setor privado.

161. Ela confirmou que haviam sido recebidas três indicações, como exposto pelo Representante do Comitê Executivo, mas observou que a candidatura relativa ao Inspetor e Interventor Geral da Índia havia sido incompleta, desqualificando-a para consideração pelo Conselho, restando somente dois candidatos: a Instituição Suprema de Auditoria da Alemanha e o Tribunal Espanhol de Auditoria.

162. O sr. Michael Schrenk, representando a Instituição Suprema de Auditoria da Alemanha, fez uma apresentação sobre a oferta de serviço da sua instituição e orçou um valor anual de auditoria de \$277 mil. O sr. Ciriaco de Vicente, representando o Tribunal Espanhol de Auditoria, também fez uma apresentação sobre a oferta de serviço da sua instituição e orçou um valor anual de auditoria de \$240 mil.

163. Foram feitas perguntas quanto ao enfoque do Tribunal Espanhol de Auditoria para a auditoria da Tecnologia da Informação, sobre seu enfoque e experiência com as IPSAS e planos para destinar pessoa-meses à auditoria da OPAS. O sr. de Vicente disse que sua instituição se concentrava na segurança do sistema de computação, acessibilidade, confiabilidade e uniformidade interna e que o Tribunal tinha experiência com as IPSAS, assim como com outras normas.

164. Foi feita votação por voto secreto. Os representantes de Porto Rico e do Brasil foram indicados para atuar como escrutinadores dos votos. Os resultados da votação foram como segue: houve 33 votos válidos, 23 a favor do Tribunal Espanhol de Auditoria e 10 a favor da Instituição Suprema de Auditoria da Alemanha.

165. O Conselho aprovou a Resolução CD51.R3, declarando o Tribunal Espanhol de Auditoria nomeado como Auditor Externo da Organização Pan-Americana da Saúde para o período de 2012 a 2015.

***Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (CD51/18)***

166. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) disse que como ele havia informado anteriormente, o Comitê Executivo havia confirmado várias emendas ao Regulamento do Pessoal na sua sessão em junho. O Comitê também havia estipulado os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor, com vigência a partir de 1º de janeiro de 2011, e havia recomendado que o Conselho Diretor estabelecesse o salário bruto anual do Diretor em \$204.391, também em vigência a partir de 1º de janeiro. Estas decisões estavam incluídas na Resolução CE148.R12, anexada ao Documento CD51/18.

167. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD51.R13, fixando o salário bruto anual do Diretor em \$204.391 em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011.

**Seleção de Estados Membros para Juntas ou Comitês**

***Eleição de Dois Membros para Integrar o Comitê Assesor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Documento CD51/19)***

168. O Conselho escolher a Bolívia e o Suriname como membros do Comitê Assesor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Resolução CD51.R2).

**Prêmios**

***Prêmio OPAS em Administração, 2011 (Documento CD51/20)***

169. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Júri do Prêmio OPAS em Administração de 2011, formado por representantes de São Vicente e Granadinas, Estados Unidos e República Bolivariana da Venezuela, havia se reunido durante a 148ª Sessão do Comitê Executivo. Após revisar os dados sobre os candidatos ao prêmio indicados pelos Estados Membros, o Júri havia decidido conferir o Prêmio OPAS em Administração de 2011 ao dr. John Edward Greene da Guiana por sua contribuição para o desenvolvimento do setor da saúde e recursos humanos na Comunidade do Caribe e por sua mobilização de compromisso político para obter resultados significativos em uma ampla série de questões prioritárias de saúde pública. O Júri havia observado que a escolha de um entre os candidatos havia sido difícil porque todos tinham qualificações notáveis e havia sugerido que o processo poderia ser facilitado, e possivelmente se evitaria subjetividade, se fosse elaborada uma lista de critérios objetivos ponderados a ser considerada ao fazer a escolha do ganhador do prêmio.



170. O Comitê Executivo havia congratulado o dr. Greene e aprovado a Resolução CE148.R13, seguindo a decisão do Júri e transmitindo o relatório ao 51º Conselho Diretor.

171. O Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio OPAS em Administração de 2011 ao dr. John Edward Greene da Guiana, cujo discurso de recebimento do prêmio pode ser encontrado na página do site do 51º Conselho Diretor.

***Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança na Saúde Pública Interamericana de 2011***

172. O dr. Fernando Mendoza (Secretário do Conselho Deliberativo, Fundação Pan-Americana para a Saúde e Educação) recordou que havia 43 anos a Fundação mantinha parceria com a OPAS com o objetivo comum de proteger a vida e melhorar a saúde nas Américas. Como parte desta parceria, vários Prêmios à Excelência em Saúde Pública Interamericana foram concedidos todos os anos, inclusive o Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança Interamericana na Saúde Pública Interamericana, instituído para homenagear o dr. Abraham Horwitz, que havia ocupado o cargo de diretor da OPAS e posteriormente de presidente da PAHEF. O prêmio reconhecia a liderança que havia transformado vidas e melhorado a saúde das pessoas das Américas.

173. O dr. Mendoza, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Abraham Horwitz à Excelência em Liderança Interamericana na Saúde Pública Interamericana ao dr. Peter J. Hoetz, reitor da Faculdade Nacional de Medicina Tropical, professor do departamento de Pediatria e Virologia Molecular e Microbiologia do Baylor College of Medicine em Houston, Texas, e professor catedrático em Pediatria Tropical do Children's Hospital do Texas, por seu trabalho em doenças tropicais negligenciadas. O discurso de recebimento do prêmio feito pelo dr. Hoetz pode ser encontrado no site do 51º Conselho Diretor.

***Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética de 2011***

174. O dr. Mendoza disse que o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética foi criado em 2002 para reconhecer o pensamento precursor no campo da bioética, como homenagem ao dr. Manuel Velasco Suárez, cidadão mexicano e médico, pesquisador e estudioso que havia dedicado mais de 50 anos da sua vida à saúde pública e havia sido um dos fundadores da Academia Mexicana da Bioética.

175. O dr. Mendoza, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Manuel Velasco Suárez à Excelência em Bioética de 2011 à dra. Laura Adriana Albarelos, professora da Universidade das Américas em Puebla, e assessora especial em política de saúde do governo do México, por sua proposta “Criando e usando um sistema de bancos genético

para o estabelecimento de políticas públicas”. O discurso de recebimento do prêmio da dr. Albarellos também se encontra no site do 51º Conselho Diretor.

### ***Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Saúde Pública de 2011***

176. O dr. Mendoza recordou que o Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Saúde Pública foi criado em 2010 pelo Ministério da Saúde de Brasil e a PAHEF em cooperação com a OPAS. O prêmio é um reconhecimento aos líderes que trabalharam para fazer avançar, influir e fortalecer programas de atenção universal à saúde na Região. O prêmio é uma homenagem a Sérgio Arouca, médico e estudioso brasileiro e incansável defensor da atenção universal à saúde que havia sido um destes líderes.

177. O dr. Mendoza, o Presidente e a Diretora entregaram o Prêmio Sérgio Arouca à Excelência em Saúde Pública de 2011 ao programa de Tratamento Integrado de Doenças do Adolescente e do Adulto (IMAI) do Ministério da Saúde da Guiana, representado pela diretora da unidade de Saúde do Adolescente e Adulto Jovem, dra. Marcia Paltoo, cujo discurso de recebimento do prêmio pode ser encontrado no site do 51º Conselho Diretor.

### ***Outros Prêmios Conjuntos da PAHEF e OPAS***

178. O dr. Mendoza anunciou que o Prêmio Clarence H. Moore à Excelência em Serviços Voluntários havia sido concedido à Rede de Informação e Soluções à Mulher da Guatemala (WINGS), representada por sua fundadora, a sra. Sue Patterson, por seu trabalho em melhorar a vida das famílias guatemaltecas ao proporcionar educação, acesso a programas de planejamento familiar, saúde reprodutiva e outros programas e serviços de saúde pública e promover esta causa. O Prêmio N. Acha à Excelência em Saúde Pública Veterinária foi concedido à dra. Francisca Samsing, por sua tese universitária intitulada “Análise dos riscos de contaminação por dioxina, furano e DL-PCB da carne de porco por ingredientes da ração usada para alimentação”; e o Prêmio Fred L. Soper à Excelência em Literatura sobre Saúde Pública havia sido concedido à dra. Ana Lúcia Lovandino de Lima do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo, por seu artigo intitulado “Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006)”.

179. Estes prêmios foram entregues em um jantar de premiação realizado durante a semana do Conselho Diretor.

## Assuntos para Informação

### *Consulta Regional sobre a Reforma da OMS (Documento CD51/INF/2, Rev. 1 e Add. I, Rev. 1)*

180. A Diretora, apresentando este item, recapitulou os antecedentes da iniciativa de reforma da OMS, que havia começado com consultas informais sobre o futuro do financiamento para OMS em janeiro de 2010 e evoluiu em um programa abrangente de reforma abordando questões relacionadas não só ao financiamento, mas também à governança e *core business* da OMS. Ela observou que havia surgido certa confusão quando ao significado de “*core business*” e esclareceu que o termo se referia a áreas prioritárias do programa da Organização como definido na sua Constituição. A Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde havia identificado cinco áreas prioritárias: (1) sistemas de saúde e instituições, (2) saúde e desenvolvimento, (3) segurança sanitária, (4) evidências nas tendências de saúde e determinantes e (5) propiciar melhor saúde. Ela expôs a justificação, finalidade, alcance e resultados esperados da reforma (ver Documento CD51/INF/2, Rev. 1).

181. Foi solicitado ao Conselho Diretor, na qualidade de Comitê Regional da OMS, que tecesse comentários sobre a agenda e o processo de reforma da OMS e desse orientação sobre as principais questões levantadas em três documentos conceituais, um sobre governança da OMS, outro sobre alcance, termos de referência e processo para uma avaliação independente da OMS e um terceiro sobre uma proposta para criar um Fórum Mundial de Saúde, convocado pela OMS e reunindo uma variedade de interessados diretos que participavam de atividades globais de saúde. Também havia sido solicitado a outros comitês regionais que realizassem consultas, sendo que os resultados seriam compilados e apresentados a uma sessão especial do Conselho Executivo da OMS, a ser realizada em novembro de 2011. Um projeto de pacote de reformas seria preparado e apresentado à sessão ordinária do Conselho Executivo em janeiro de 2012 e à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2012.

182. A dra. Margaret Chan (Diretora-Geral, OMS) disse que o objetivo principal da reforma era fazer da OMS uma organização mais eficaz e competente que atenderia melhor os seus Estados Membros. Ela enfatizou que não havia lançado o processo de reforma porque a OMS estava “sem dinheiro”. Porém, o mundo havia mudado muito e novos atores surgiram na cena global da saúde nos 63 anos desde que a fundação da Organização e a OMS precisava fortalecer sua capacidade de apoiar os Estados Membros neste novo ambiente.

183. Como ela havia comentado em outras ocasiões, a OMS estava superexpandida e subfinanciada. Em cada Assembleia Mundial da Saúde nos últimos anos, os Estados Membros haviam aprovado mais de 20 resoluções, sendo todas elas com mandatos para o

Secretariado, mas este não dispunha dos recursos financeiros e humanos suficientes para executá-las, em particular porque grande parcela dos recursos recebidos era destinada. Como resultado, uma questão central no processo de reforma era: em um contexto de recursos limitados, como a Organização poderia priorizar melhor suas atividades e realizar os mandatos recebidos dos Estados Membros?

184. A governança era outro aspecto principal da reforma. Internamente, havia necessidade de maior coerência entre os Órgãos Diretivos da Organização e melhor alinhamento entre o rumo das políticas adotado pelos comitês regionais e as decisões tomadas pela Assembleia da Saúde. Ao mesmo tempo, era preciso encontrar uma maneira de ouvir e levar em consideração as opiniões dos diversos atores da sociedade civil e do setor privado que estavam envolvidos em atividades globais da saúde, portanto atendendo os repetidos pedidos dos Estados Membros para que a organização fosse mais inclusiva. Porém, era preciso que isso fosse feito sem prejudicar o poder decisório supremo dos Estados Membros, pois a OMS deveria continuar sendo uma organização conduzida pelos Estados Membros. O Fórum Mundial de Saúde era um mecanismo possível, mas havia outros, e ela aguardava ouvir as opiniões da Região sobre esta e outras questões levantadas nos três documentos conceituais.

185. O Conselho se reuniu em três sessões de mesa redonda para debater os documentos conceituais e outra documentação de base incluídos no Documento CD51/INF/2, Rev. 1. Cada mesa redonda nomeou dois relatores, que resumiram os debates e, em colaboração com o pessoal da RSPA, produziram um relatório resumido sobre a consulta regional. Este relatório (Documento CD51/INF/2, Add. I, Rev.1, depois da revisão) foi subseqüentemente apresentado e debatido em plenário.

186. Durante o debate, os Estados Membros saudaram a oportunidade de explorar maneiras de melhorar a governança da OMS, simplificar os seus métodos de trabalho e assegurar que as suas prioridades estivessem de acordo com as necessidades atuais dos Estados Membros. Foi manifestada preocupação, porém, que o processo de reforma estava caminhando muito rapidamente e que não havia tempo suficiente para um exame minucioso das reformas propostas pelos Estados Membros. Enfatizou-se que a reforma, em particular no caso de uma organização grande e complexa como a OMS, não deveria ser empreendida com pressa desnecessária, ou dar a impressão de ser realizada com pressa desnecessária, e também se assinalou que indubitavelmente seria difícil reverter qualquer reforma que tivesse sido instituída e subseqüentemente comprovada como sendo pouco recomendada. Vários delegados expressaram opinião de que as discussões da reforma da OMS deveriam ser realizadas não só no âmbito regional, mas também no âmbito sub-regional, entre os membros do CARICOM, UNASUL e os outros grupos de integração política e econômica nas Américas.

187. Destacou-se a importância da liderança e domínio dos Estados Membros do processo de reforma. Vários delegados comentaram que o trabalho do Grupo de Trabalho

para a OPAS no século XXI poderia fornecer um bom modelo para um enfoque para a reforma conduzido pelos Estados Membros e sugeririam que o relatório final<sup>4</sup> do Grupo de Trabalho deveria ser encaminhado à OMS junto com o relatório sobre a consulta regional sobre a reforma.

188. Apesar do apoio geral manifestado para a criação de um Fórum Mundial de Saúde ou mecanismo semelhante, várias delegações observaram a necessidade de maior clareza quanto à finalidade deste e sobre sua possível relação com a Assembleia Mundial da Saúde, quem seriam os participantes e outros detalhes. Em relação à avaliação externa da OMS proposta, sugeriu-se que deveria ser realizada não por um consórcio independente de especialistas, mas por um grupo de trabalho de especialistas indicados pelos Estados Membros. Um delegado questionou o momento oportuno para a avaliação, sugerindo que não deveria preceder o processo de reforma, mas sim ser realizada depois de os Estados Membros terem determinado o que exatamente esperava da OMS.

189. Com relação ao *core business* da Organização, enfatizou-se que a função primária da OMS era fornecer firme liderança no setor da saúde, em particular diante da influência crescente de interesses financeiros e políticos nos assuntos de saúde. A Delegada do Paraguai, falando em nome do ministro da Saúde dos países da UNASUL, disse que o objetivo principal da reforma deveria ser a maximizar a capacidade de liderança da OMS e melhorar seu desempenho técnico como a autoridade sanitária suprema no âmbito global e não como uma somatória de programas e estratégias que se sobrepunham, que competiam pelos recursos e usavam enfoques fragmentados, sem integração. Ela também sublinhou a necessidade de firme liderança por parte da OPAS, como Escritório Regional da OMS, e sugeriu que o fórum dos candidatos a ser realizado antes da eleição do novo Diretor da OPAS em 2012 deveria ser considerado uma oportunidade para identificar os principais desafios de saúde no âmbito global e regional e refletir sobre o papel que a OPAS deveria ter para superar estes desafios.

190. Destacou-se que o papel da OMS era prestar cooperação técnica, não cooperação financeira e que, embora o financiamento fosse um aspecto do processo de reforma, o foco principal deveria ser repensar a Organização de um ponto de vista estratégico, levando em consideração os rumos estratégicos fornecidos pelos processos em andamento no âmbito regional e global, como a próxima Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais de Saúde, e fazer uma distinção clara entre as questões que deveriam ser abordadas no âmbito global e as questões que requeriam um enfoque regional. Além disso, a Organização foi estimulada a apoiar e coordenar suas atividades com iniciativas de cooperação sul-sul e outras plataformas bilaterais e multilaterais de cooperação.

---

<sup>4</sup> Documento CD46/29.

191. Manifestou-se preocupação quanto à crescente influência dos doadores no rumo das prioridades da OMS como resultado do financiamento destinado. Ao mesmo tempo, assinalou-se que o financiamento dos doadores aumentava a disponibilidade geral de recursos, e se incentivou a Organização a considerar tanto os aspectos positivos como os negativos deste financiamento.

192. A dra. Chan observou que o problema não eram as contribuições voluntárias per se; o problema era que o financiamento voluntário, em particular o financiamento destinado, nem sempre estava alinhado com as prioridades que os Estados Membros haviam estipulado para a Organização. Os Estados Membros em todas as regiões haviam deixado claro que eles não queriam que o dinheiro se tornasse efetivamente um mecanismo para determinação das prioridades, e o Secretariado estava ciente disso. Ela observou que outro desafio no que se referia à determinação das prioridades era que as prioridades no setor da saúde eram estabelecidas principalmente pelos ministros da Saúde na Assembleia Mundial da Saúde, enquanto que as decisões sobre financiamento para OMS eram feitas principalmente pelos ministérios das Relações Exteriores, Desenvolvimento ou Planejamento, criando um descompasso que precisava ser resolvido.

193. Ela assegurou ao Conselho Diretor que o Secretariado da OMS não pretendia prosseguir de maneira apressada com as reformas sobre questões críticas que teriam impacto a longo prazo e implicações globais ou regionais. Porém, havia algumas reformas administrativas que poderiam ser realizadas de modo relativamente rápido, reformas que ajudariam a melhorar a eficiência e a transparência do trabalho do Secretariado e fortalecer sua responsabilidade perante os Estados Membros, e como principal administradora da Organização ela considerava sua responsabilidade executar tais reformas o mais breve possível. O Secretariado continuaria pedindo orientação dos Estados Membros em todas as questões estratégicas e assuntos relativos ao financiamento e determinação de prioridades. Havia sido estabelecida uma plataforma na internet para consultas para coletar contribuições para o processo de reforma e ela incentivou todos os Estados Membros a usarem esta plataforma para expressar suas opiniões e considerações.

194. A Diretora da RSPA disse que a Repartição continuaria facilitando as consultas no âmbito regional e sub-regional, assegurando que todos os documentos relativos à reforma da OMS fossem disponibilizados nos quatro idiomas oficiais da OPAS. Informação sobre a iniciativa OPAS no século XXI já havia sido fornecida ao Grupo de Política Global do Diretor-geral, mas também seria anexada ao documento a ser apresentado à OMS no relatório a ser confeccionado para o Conselho Executivo da OMS, junto com informação sobre outros mecanismos regionais de consulta que poderiam ser úteis, como o Fórum do CARICOM-sociedade civil.

***Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA (Documento CD51/INF/3)***

195. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho que o projeto para modernizar o Sistema de Informação para a Gestão da RSPA estava em fase de pré-implementação, durante a qual seria escolhido o software apropriado. O projeto seria implementado em duas fases, cada uma com um ano de duração. Portanto, a data de conclusão do projeto seria em meados de 2014. O Comitê também havia sido informado que a Repartição estava em vias de adquirir os serviços de um consultor independente cuja função seria identificar todos os produtos de software que poderiam ser apropriados às necessidades da Organização e assegurar que eram obtidos os melhores termos possíveis com o provedor por fim escolhido. Apesar de ter acolhido bem o progresso até o momento, o Comitê Executivo havia assinalado que a experiência comparável da OMS ao implantar o seu Sistema de Gestão Global e os imensos desafios que havia enfrentado deveriam servir de advertência. O Comitê havia procurado confirmar se as estimativas de custo para o projeto ainda eram válidas, e havia sido informado que a Repartição não esperava que o custo do projeto excedesse a estimativa original de \$20,3 milhões.

196. Na discussão que se seguiu no Conselho, uma delegada expressou agradecimento pela atualização sobre o progresso, e questionou se havia sido feita qualquer revisão nos custos projetados de implementação. Além disso, ela observou que a Repartição estava sugerindo que a gestão financeira e serviços de compras ficassem para uma segunda etapa da segunda fase da implementação, embora pudesse se justificar sua implementação mais cedo, visto que o Auditor Externo havia sugerido que a Organização deveria considerar como prioridade estratégica a melhoria do sistema de contabilidade administrativa e financeira. Além disso, ela solicitou que os Estados Membros fossem informados sobre como as melhorias futuras estavam permitindo a integração necessária com Sistema de Gestão Global da OMS (GSM).

197. O dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) disse que o processo estava atualmente na etapa de obter tanto o software como os serviços do integrador de sistema; previa-se que as somas a ser gastadas estariam dentro dos valores estabelecidos no projeto. Com relação à pergunta referente à ordem das etapas de implementação, ele disse que não havia sido tomada nenhuma decisão final. O documento apresentava um calendário provisório, que poderia ser mudado conforme orientado pelo integrador de sistema que, além de fornecer informação sobre os produtos de software que estavam em oferta no mercado, daria assessoria sobre a sequência mais apropriada para a instalação de software. Ele confirmou que a RSPA estava coordenando com OMS cada passo do processo. O comitê técnico a ser formado para dar orientação sobre o projeto contaria com um membro da OMS com boa experiência no GSM.

198. A Diretora acrescentou que as compras necessárias para a melhoria do sistema de informação para a gestão, igualmente outras compras, estavam sendo feitas em estreita conformidade com os processos de controle e procedimentos internos.

199. O Conselho tomou nota do relatório de progresso.

***Relatório sobre a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis (Documento CD51/INF/4)***

200. O dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) examinou os eventos que haviam levado à Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, em particular as iniciativas adotadas pelos governos do CARICOM.

201. O Conselho agradeceu pelo relatório sobre a reunião de alto nível. Havia consenso geral de que as doenças não transmissíveis representavam um grande desafio para os sistemas de saúde da Região, que exigia ação multissetorial e participação do nível mais elevado do governo. Assinalou-se que tais doenças tinham um impacto desproporcionalmente maior nos países em desenvolvimento e populações de baixa renda, e que eles estavam vinculados à pobreza. Havia também um vínculo claro entre a incidência de doenças não transmissíveis e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em particular o ODM 5 (Melhorar a saúde materna), uma vez que doenças como hipertensão, diabetes e cardiopatia eram causas indiretas de mortalidade materna. Vários delegados felicitaram aos países do CARICOM por sua liderança ao levar a questão das doenças não transmissíveis ao conhecimento do mundo e solicitar com urgência a reunião nas Nações Unidas.

202. Os delegados ressaltaram a importância do acesso aos medicamentos para tratar doenças não transmissíveis, observando que em muitas áreas, em particular nos países menos desenvolvidos, a disponibilidade de tais medicamentos era limitada ou inexistente. Por esse motivo, na Estratégia Global da OPAS em Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, alguns países estavam trabalhando com afinco para fazer uso das flexibilidades existentes no Acordo sobre os Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (Acordo ADPIC), em conformidade com a Declaração de Doha de 2001. Destacou-se que a Declaração de Doha deveria se aplicar aos medicamentos para doenças não transmissíveis, assim como aos medicamentos para tratar outras categorias de doença.

203. Foi sugerido aquele dos passos mais importantes no futuro seria elaborar indicadores para medir o progresso que os países estavam fazendo no combate às doenças não transmissíveis. Foi também considerado importante medir o impacto econômico destas doenças e identificar seus determinantes sociais, e se assinalou que a determinação com exatidão destes custos requereria a participação do setor financeiro.



204. Também se assinalou que os fatores que contribuíam para as doenças não transmissíveis eram complexos, o que significava que a redução do seu impacto exigiria um enfoque multissetorial que contemplaria as condições sociais, culturais e econômicas que tinham repercussão importante na vida diária das pessoas. Enfatizou-se que várias das ações de prevenção mais importantes teriam de ser realizadas fora do setor da saúde, por exemplo, em educação, transporte, agricultura e produção de alimentos.

205. Um delegado, falando em nome da UNASUL, destacou os efeitos prejudiciais de estilos de vida cada vez mais urbanos, caracterizados pela falta de atividade física, opções por diversão excessivamente passivas e o consumo em excesso de fast foods, refrigerantes e outros alimentos que não eram saudáveis. O conselho de saúde da UNASUL (UNASUL-Saúde) estava resolvido a reverter estas tendências. Um modelo promissor para isso era o sucesso obtido, através da OMS, com a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco das Nações Unidas e os enfoques usados neste contexto poderiam ser adaptados para produzir a criação de espaços saudáveis, aumento dos níveis de atividade física das pessoas, redução dos ingredientes não saudáveis nos alimentos e o estabelecimento de um código regulamentando a comercialização de alimentos para crianças. O cumprimento destes objetivos requereria apoio técnico e cooperação regional e internacional.

206. Outra delegada recordou que um importante tema da Reunião de Alto Nível havia sido a necessidade de formar parcerias sólidas para o intercâmbio de boas práticas. A OPAS poderia ajudar na criação de tais parcerias no âmbito regional, em particular para elaborar indicadores regionais. Uma outra delegada advertiu que, embora o estabelecimento de indicadores e metas regionais era, em princípio, uma boa ideia, era preciso assegurar que estivessem alinhados com o trabalho da OMS que já estava em andamento. Diversos delegados ressaltaram que, embora a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas havia sido um ponto alto substancial e satisfatório, era importante não pensar nele como um fim, mais como um marcador importante ao longo da via para ação. Uma representante da Federação Mundial de Cardiologia disse que, apesar de as doenças não transmissíveis causarem 36 milhões de mortes todos os anos, elas não eram ativamente incluídas na agenda de desenvolvimento. Ela instou que fossem tomadas medidas para corrigir esta situação.

207. O dr. Espinal concordou que a Reunião de Alto Nível não deveria ser vista como o fim do caminho, mas como um marco importante no combate às doenças não transmissíveis. Ele também concordou com as ideias expressas sobre a importância do acesso aos medicamentos e a necessidade de metas e indicadores em âmbito global e regional. Com relação à questão do custo, ele observou que, no Fórum Econômico Mundial, o impacto econômico das doenças não transmissíveis havia sido estimado com sendo de \$30 trilhões, enquanto que o custo de implantar as boas práticas propostas pela

OMS havia sido de \$11 trilhões. Ele acrescentou que uma reunião no México em meados de novembro, com a participação de representantes da OPAS, CEPAL, OCDE e Estados Membros, examinaria a questão dos custos mais a fundo.

208. A Diretora elogiou os esforços dos países do CARICOM em concretizar a Reunião de Alto Nível e em particular o Representante Permanente da Jamaica que havia sido nomeado um cofacilitador. Ela concordou que muitas das medidas que poderiam ser tomadas especificamente voltadas às doenças não transmissíveis, como a construção de centros para câncer ou diálise, seriam muito caras. Por outro lado, havia muitos componentes do enfoque para estas doenças que já estavam implantados e prosseguir neste caminho seria muito menos caro. Como exemplo, o fortalecimento do controle do tabagismo, implantação da estratégia e plano de ação para álcool que recém havia sido aprovada, progresso na redução de sal e gorduras trans, e políticas agrícolas e de comércio para promover escolhas saudáveis.

209. Em termos do orçamento da OPAS, era essencial não considerar as doenças não transmissíveis por si só. Em vez disso, elas tinham de ser vistas no contexto dos sistemas de saúde, medicamentos essenciais, controle do tabagismo, questões de gênero, serviços de laboratórios, formação de profissionais de enfermagem, desenvolvimento de recursos humanos, nutrição, planejamento urbano e saúde urbana, para o qual o Conselho também havia aprovado um plano de ação. Era este enfoque holístico que se revelava promissor para reduzir a carga das doenças não transmissíveis, em vez de qualquer tentativa de criar uma unidade específica de DNT.

210. Era preciso continuar a conscientização sobre a importância da questão e da necessidade de um enfoque intersetorial. Estava programada sequência de reuniões intergovernamentais e cúpulas, sendo cada uma delas uma oportunidade para repetir e reforçar a mensagem da Reunião de Alto Nível. De modo semelhante, deveriam ser feitos esforços para conscientização sobre as doenças não transmissíveis em órgãos como a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, Organização Internacional do Trabalho e UNESCO. Era importante se lembrar das lições aprendidas no combate ao HIV/aids, em que 30 anos promovendo a causa não haviam conseguido fazer com que o mundo, fora do setor da saúde, considerasse seriamente o problema. Somente quando o HIV/aids havia deixado de ser uma questão de saúde para se tornar uma questão política, econômica e social abriu-se caminho para os recentes avanços médicos que haviam causado redução de novos casos de infecção no mundo. O mesmo enfoque amplo deveria ser aplicado às doenças não transmissíveis.

211. As doenças não transmissíveis seriam um dos pontos centrais para a Organização no próximo ano, pois tanto a Repartição como os Estados Membros buscavam converter a declaração política da Reunião de Alto Nível em ação concreta. Um aspecto importante deste trabalho seria a análise pelos Órgãos Diretivos da Estratégia e Plano Regional de Ação para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle de Doenças Crônicas Inclusive Regime Alimentar, Atividade Física e Saúde.

212. O Conselho tomou nota do relatório sobre a Reunião de Alto Nível.

***Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documento CD51/INF/5, A-F)***

*(A) Imunização: Desafios e Perspectivas; (B) Implantação da Estratégia Mundial e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual; (C) Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco; (D) Implantação do Regulamento Sanitário Internacional; (E) Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas e (F) Situação dos Centros Pan-Americanos.*

213. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) resumiu as observações feitas pelo Comitê Executivo durante a sua 148<sup>a</sup> sessão em relação aos relatórios de progresso sobre os cinco itens enumerados acima. Mais informações estão disponíveis no relatório final da 148<sup>a</sup> Sessão do Comitê (Documento CE148/FR).

214. No debate que se seguiu, o Conselho Diretor recebeu cordialmente o progresso em imunização, mas enfatizou que a Região não deveria baixar a guarda e deveria continuar com suas atividades de vigilância e imunização a fim de preservar os ganhos obtidos até o momento em erradicação, eliminação e controle de doenças que podem ser prevenidas por vacinas. Diversos delegados salientaram que era preciso tomar todas as medidas necessárias para manter a Região livre de poliomielite, sarampo e rubéola. Eles também observaram que a Região permanecia em risco da introdução de casos importados destas doenças e salientou a necessidade de incentivar outras regiões a se comprometerem firmemente e intensificar seus esforços para erradicar a poliomielite e eliminar o sarampo e a rubéola. Assinalou-se que, para continuar a ter bons resultados no controle de doenças que podem ser prevenidas por vacinas, era preciso haver a disponibilidade de vacinas a preços acessíveis, e manifestou-se firme apoio aos esforços da OPAS para negociar preços de vacina favoráveis através do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Vários delegados salientaram a necessidade de coordenação entre a OPAS, OMS e Aliança GAVI de modo que mais países poderiam beneficiar-se de vacinas a preços baixos disponíveis para os países qualificados à ajuda da GAVI.

215. Foi prestada homenagem à Diretora por lançar a Semana de Vacinação nas Américas, que havia aumentado de modo considerável a cobertura de vacinação na Região e também havia ajudado a fortalecer os programas nacionais de imunização e conscientizar as pessoas da importância da imunização. Firme apoio foi expresso para a instituição de uma Semana Mundial de Vacinação.

216. O Conselho também recebeu com satisfação o progresso na implementação da Estratégia Mundial e Plano de Ação para Saúde Pública, Inovação e Propriedade

Intelectual. Destacando a importância de assegurar o acesso aos medicamentos a preços acessíveis, em particular para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, os delegados expuseram os esforços sendo realizados para baixar os preços dos medicamentos em seus países através de negociação com os detentores de patentes e direitos de propriedade intelectual. Uma delegada observou que os países pequenos com capacidade humana limitada não conseguiam tirar proveito de algumas das iniciativas que haviam sido mencionadas no relatório de progresso. Isso se refletia em preços relativamente altos dos produtos farmacêuticos nestes países. Sugeriu-se que os esforços nacionais para obter baixos preços deveriam ser combinados no âmbito regional, o que daria maior poder de negociação. Outra delegada pediu maior transparência nos preços de produtos farmacêuticos, citando casos em que alguns produtos estavam sendo oferecidos ao Fundo Estratégico da OPAS a preços maiores que os predominantes no mercado local. Considerou-se importante que a OPAS continuasse a apoiar os países para mais pesquisa e inovação na área farmacêutica e que deveria ajudar em fortalecer a interação e cooperação entre os principais interessados diretos nos países. A importância da ajuda da OPAS para o combate de medicamentos falsificados também foi destacada.

217. Com relação ao relatório de progresso sobre a implantação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS, os delegados agradeceram à OPAS pelo apoio nos seus esforços de reduzir o tabagismo e a exposição à fumaça do cigarro, sendo que vários deles expuseram as medidas tomadas pelos seus governos para este fim. Muitos haviam aumentado os impostos para produtos de tabaco, variando entre 10% e 100%, sendo que, em alguns casos, a receita extra era destinada a iniciativas de saúde ou à promoção de esportes e outra atividade física. Alguns países haviam sancionado nova legislação para proibir a venda dos produtos de fumo a menores de idade. Muitos haviam aprovado legislação proibindo fumar em locais públicos ou em certos locais fechados. Materiais didáticos sobre os perigos do fumo haviam sido distribuídos em escolas, para a mídia e ao público em geral. Alguns governos haviam proibido publicidade de cigarro e o patrocínio de eventos pela indústria do tabaco; alguns haviam instituído comissões especializadas para coordenar os esforços contra o tabagismo. Alguns países estavam tomando medidas contra o comércio ilegal de produtos do tabaco, que, alguns delegados destacaram, estava nas mãos de organizações poderosas que poderiam ser mais bem combatidas com a cooperação regional.

218. Alguns governos haviam sancionado legislação determinando a inclusão de advertências, em geral com ilustrações, em pacotes de produtos de fumo, e outros estavam planejando fazer o mesmo, enquanto que alguns ainda debatiam a proporção do pacote que tais advertências deveriam cobrir. Porém, assinalou-se que havia oposição a algumas medidas, e não apenas por parte da indústria do tabaco. Por exemplo, o imposto sobre produtos de fumo havia sido declarado inconstitucional na Guatemala, embora houvesse hoje um empenho para restaurá-lo. Um delegado expôs uma iniciativa de saúde móvel incluindo a divulgação via dispositivos móveis de boas práticas para parar de fumar.

219. Com respeito ao relatório de progresso sobre a implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), vários delegados elogiaram a ajuda e o apoio dados pela OPAS aos seus países à medida que trabalhavam para implantar os recursos básicos necessárias. Assinalou-se que a pandemia de influenza de 2009 e o terremoto e o subsequente surto de cólera no Haiti havia atuado como catalisadores para captar recursos e capacitação para cumprir com os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Porém, ao mesmo tempo em que haviam ficado evidentes as deficiências nos sistemas de alguns países, se ressaltou que vários países teriam de solicitar uma extensão da data-limite de junho de 2012 para instituir os recursos básicos, em particular em meios de diagnóstico laboratorial e prontidão de resposta.

220. Foi sugerido que a Conferência Rio+20 em 2012 e a Copa do Mundo em 2014 da Federação Internacional de Futebol (FIFA), ambos a serem realizados no Brasil, seriam oportunidades para elaborar e testar planos para administrar eventos de massa na Região de acordo com as Regulamentações. Foi observado, também, que a operação completa do RSI requereria uma contribuição de muitos órgãos nos países, não apenas nos ministérios da Saúde. Tal participação ampla permitiria aos centros de coordenação nacionais do RSI funcionarem como canais eficazes de informações entre os diversos setores envolvidos nos eventos de saúde pública do potencial interesse internacional.

221. Com relação ao relatório de progresso sobre o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Conselho considerou a mensagem do relatório clara e sóbria: estava sendo feito progresso em toda a Região, mas por trás das médias regionais e nacionais havia enormes disparidades que tinham de ser contempladas. Este fato salientou a necessidade de dados sólidos, que por sua vez requeria uma firme capacidade dos países de coletar dados, para que pudessem, em primeiro lugar, determinar onde os investimentos deveriam ser feitos e se o progresso era suficiente e, em segundo lugar, concentrar-se de modo mais eficaz nas populações vulneráveis. Assinalou-se que os dados nacionais sobre o estado de saúde seriam distorcidos pelos valores dos segmentos populacionais mais prósperos e de maior escolaridade, que tendiam a tirar maior proveito dos programas e serviços de saúde e, portanto, ficaria a impressão que estes países estavam em uma posição melhor do que efetivamente estavam.

222. Também se assinalou que o progresso era desigual entre as próprias metas, com avanços expressivos verificados em áreas como fome e estado nutricional, HIV e transmissão materno-fetal e indicadores de controle da malária e de saúde ambiental, mas havia menos progresso na mortalidade materna e infantil. Uma delegada incentivou a OPAS a considerar plenamente as conclusões e recomendações da Comissão sobre Informação e Responsabilidade para Saúde Infantil e da Mulher, que se relacionava diretamente com o cumprimento de alguns dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

223. A dra. Gina Tambini (Gerente de Área, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), em resposta às observações feitas sobre o relatório de progresso sobre imunização, disse que o pessoal da Repartição estava pronto para apoiar os seis Estados Membros representando as Américas no Conselho Executivo da OMS ao formular uma proposta para uma Semana Mundial de Vacinação. A Repartição também estava trabalhando com o Secretariado da OMS para tomar medidas quanto ao risco de casos importados e promover a eliminação global da poliomielite, sarampo e rubéola. Além disso, a Repartição estava trabalhando para fortalecer a capacidade do Fundo Rotativo de negociar vacinas ao melhor preço possível. Esperava-se que o sucesso da Aliança GAVI em negociar preços baixos de vacinas ajudaria a exercer pressão para baixar os preços das vacinas obtidas através do Fundo Rotativo e promover maior transparência de preços.

224. O dr. Rubén Torres (Gerente de Área interino, Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde, RSPA), respondendo as observações do Conselho sobre o relatório de progresso na implementação da Estratégia Mundial e Plano de Ação para Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual, observou que a Rede Pan-americana para Avaliação de Tecnologias em Saúde entrou em funcionamento e estava disponível a todos os Estados Membros. Com relação à Rede Pan-Americana para Harmonização da Regulamentação Farmacêutica, ele informou que a Região agora tinha quatro autoridades reguladoras de referência que seriam importantes para melhorar o trabalho nesta área. Em resposta às observações sobre os altos preços dos medicamentos e a transparência do mercado, ele acrescentou que, num futuro próximo, seria lançada uma plataforma inovadora para proporcionar aos Estados Membros os preços de referência para os medicamentos vendidos em todos os países da Região.

225. O dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente de Área, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) recebeu cordialmente os relatos dos delegados sobre os avanços realizados por seus países ao implantar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Ele salientou a necessidade de sancionar a implementação de legislação para pôr a Convenção-Quadro em prática e disse que a OPAS estava pronta para ajudar os países neste sentido. Sobre o comércio ilegal, ele observou que o Órgão de Negociação Intergovernamental para Elaboração de um Protocolo sobre Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco realizaria sua reunião final em março de 2012 e instou todos os Estados Membros a participarem. Havia ainda muito a fazer, em particular porque a indústria do tabaco estava preparando contra-ataques e procurando reverter o progresso que havia sido feito. Os países precisavam continuar a manter uma posição firme na sua resolução de prosseguir com a implementação da Convenção-Quadro.

226. O dr. Marcos Espinal (Gerente de Área, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA), referindo-se ao relatório de progresso sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005), disse que a questão da extensão da data-limite para assegurar os recursos básicos era uma decisão a ser tomada

pelos Estados Membros como nações soberanas. Qualquer que fosse a decisão tomada, a Repartição continuaria apoiando os países para criarem os recursos básicos. Concordando com os pontos de vista sobre a necessidade de se preparar para eventos de massa esportivos ou políticos no contexto do RSI, em particular ao investir em formação e capacitação, ele sugeriu que seria proveitoso, quando um país estivesse sediando um evento de massa, que pessoal da área de saúde de outros países comparecesse como observadores para aprender como preparar seus próprios eventos futuros.

227. Com relação ao relatório de progresso sobre o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, ele concordou com as observações feitas sobre a importância da coleta de dados para avaliar o progresso e orientar o trabalho futuro.

228. A Diretora, referindo-se ao relatório de progresso sobre os Centros Pan-Americanos, observou que um destes centros, o Centro Pan-Americano de Febre Aftosa, coordenaria a 16ª Reunião Interamericana a Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura (RIMSA16), a ser realizada de 26 a 27 de julho de 2012. A reunião, que seria sediada pelo governo do Chile e realizada em Santiago, era uma oportunidade única aos representantes dos setores da saúde e da agricultura para se reunir e debater uma série de temas, inclusive doenças zoonóticas, inocuidade dos alimentos, segurança alimentar e nutrição.

229. O Conselho tomou nota dos relatórios de progresso incluídos no Documento CE51/INF/5, A-F.

*(G) Iniciativa Regional e Plano de Ação para Segurança nas Transfusões para 2006–2010: Avaliação Final (Documento CD51/INF/5, G)*

230. O dr. Rubén Torres (Gerente de Área interino, Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde, RSPA) apresentou o relatório sobre a avaliação final da Iniciativa Regional e Plano de Ação para Segurança nas Transfusões para 2006–2010, aprovado pelo 46º Conselho Diretor em 2005, e destacou alguns dos resultados apresentados no relatório, observando que o Canadá, Estados Unidos (incluindo Porto Rico) e os territórios franceses nas Américas não haviam sido incluídos na análise. A avaliação havia verificado que somente quatro países da sub-região do Caribe tinham um quadro jurídico para os serviços de sangue, enquanto que todos menos três países latino-americanos tinham quadros jurídicos. Porém, muitos deles não dispunham de recursos suficientes para assegurar que os seus serviços de sangue funcionassem de modo adequado. Os dados indicaram que a única maneira de atingir um suprimento suficiente de sangue e garantir o acesso equitativo a ele era através da doação voluntária não remunerada. Porém, muitos hospitais na Região continuavam requerendo doações para reposição, que constituíram um grande obstáculo ao cumprimento de doação 100% voluntária. A avaliação também havia revelado ineficiência geral dos sistemas de sangue

da Região, e como resultado grandes quantidades de sangue tinham de ser descartadas, porque eram positivas para os marcadores de doenças infecciosas ou porque a data de validade havia expirado.

231. Em vista dos resultados da avaliação, foi recomendado que um novo plano de ação regional para segurança do sangue cobrindo o período 2012–2017 deveria ser incluído entre os tópicos a serem discutidos pelos Órgãos Diretivos em 2012.

232. No debate que se seguiu, vários delegados informaram sobre os esforços de seus governos para ampliar a disponibilidade e assegurar a segurança do sangue e seus derivados e promover a doação voluntária não remunerada, sendo que um delegado observou que o Ministério da Saúde de seu país havia fechado um acordo com o Ministério da Educação para incluir conteúdo relativo à doação voluntária no currículo escolar. Outra delegada disse que o Ministério da Saúde do seu país estava trabalhando com igrejas, universidades e outras instituições públicas e privadas para recrutar doadores de sangue voluntários. A falta de sistemas de informação para monitorar a coleta, processamento, armazenamento e uso do sangue e para o acompanhamento de pacientes foi citado como um grande obstáculo à garantia da qualidade em sistemas de sangue, assim como a falta de comunicação e coordenação entre os serviços de sangue de hospitais e bancos de sangue ao notificar desfechos adversos. O Delegado da Argentina observou que em 2011 seu país havia sido o primeiro país latino-americano a sediar o Dia Mundial do Doador de Sangue, celebrado anualmente em 14 de junho.

233. O dr. Torres recebeu com satisfação o progresso informado e agradeceu a todos os Estados Membros pela sua participação na Iniciativa Regional para Segurança nas Transfusões.

234. A Diretora elogiou o Governo da Argentina para sua organização da celebração global do Dia Mundial do Doador de Sangue, um evento que havia contado com distintos participantes em todo o mundo, como Ban Soon-taek, mulher do Secretário-Geral das Nações Unidas Ban Ki-moon, e havia ajudado a conscientizar a comunidade da importância da doação voluntária de sangue não remunerada. Ela também agradeceu aos membros da equipe de avaliação externa que havia realizado a avaliação final do progresso feito na Iniciativa Regional e ajudaria a Repartição a elaborar o próximo plano de ação regional para a segurança do sangue.

235. O Conselho tomou nota do relatório de progresso incluído no Documento CD51/INF/5(G).



***Relatórios de Progresso sobre Assuntos Administrativos e Financeiros (Documento CD51/INF/6, A-B)***

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

236. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho que a Repartição havia concluído a implementação das IPSAS, embora ainda houvesse trabalho adicional com a publicação de novas normas. Assinalou-se que duas das fases mais difíceis do processo de implementação haviam sido a criação de improvisações para possibilitar que sistema de informação financeira da Organização operasse com as novas normas e a determinação do valor de todos os ativos da Organização na data de implementação. O Comitê havia felicitado a OPAS pela implementação bem-sucedida e oportuna das IPSAS, reconhecendo a importância da transição às novas normas para a OPAS e para todo o sistema das Nações Unidas, e saudando a disponibilidade de informações financeiras que não eram fornecidas no passado com as normas contábeis anteriores. Havia sido observado o alto grau de obrigações não financiadas dos benefícios de aposentadoria do pessoal e a Repartição havia solicitado que o Comitê fosse informado periodicamente do progresso no financiamento destas obrigações. Havia sido sugerido que deveria ser pedida a opinião do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação sobre quais das opções de financiamento propostas no relatório seriam as mais apropriadas e teriam o impacto mínimo nas atividades de cooperação técnica da Organização.

237. Na discussão do Conselho do relatório de progresso, elogiou-se o sucesso da Repartição ao implementar as IPSAS integralmente e a tempo assim como o recebimento de um parecer de auditoria sem reservas sobre as demonstrações financeiras no formato das IPSAS. Porém, manifestou-se preocupação quanto às obrigações não financiadas dos benefícios de aposentadoria do pessoal e seguro médico pós-serviço. Embora as possíveis maneiras de financiar este déficit, enumeradas no parágrafo 15 do Documento CD51/INF/6, eram adequadas para evitar problemas orçamentários sérios a longo prazo, a sugestão dada durante a sessão do Comitê Executivo foi reiterada, ou seja, que a Repartição deveria periodicamente informar aos Órgãos Diretivos sobre a situação e que deveria ser pedida a opinião do Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação e de especialistas financeiros internos para assegurar que o assunto não corria o risco de repercutir nas atividades de cooperação técnica da Organização. Pediu-se esclarecimento sobre a taxa anual de depreciação linear que estava sendo usada para os ativos da Organização. Expressou-se agradecimento pelo curso sobre as IPSAS que havia sido dado durante a sessão do Comitê Executivo em junho, que havia permitido aos membros de fato compreender as complexidades do sistema. Sugeriu-se que um curso semelhante poderia ser ministrado ao pessoal nos Estados Membros e nas representações da OPAS e

que o manual de contabilidade das IPSAS poderia ser disponibilizado no site da Organização para ser facilmente acessado por todos os Estados Membros.

238. A sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) observou que o Auditor Externo havia manifestado opinião de que como os custos dos benefícios de aposentadoria do pessoal e seguro médico pós-serviço incorreriam somente em um período de 30 a 40 anos, não era necessário que a Organização demonstrasse de imediato que dispunha dos fundos necessários, apenas que tinha um plano para cobrir estes gastos no momento oportuno. A Repartição faria uma apresentação sobre o tema na próxima sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração. Ela concordou com a necessidade de consultar o Escritório de Serviços de Supervisão Interna e Avaliação e também o Auditor Externo.

239. Com relação às instalações e outros bens da Organização, ela explicou que era exigida uma avaliação detalhada do valor a cada três anos. No ínterim de dois anos, uma avaliação menos aprofundada seria feita, a menos que ficasse evidente que havia ocorrido uma mudança nos valores no mercado imobiliário de mais de 5% em um ano, e neste caso seria realizada uma avaliação mais minuciosa. Ela disse que poderia ser considerado disponibilizar o manual de contabilidade no site da OPAS, mas advertiu que existiram mudanças regularmente com a publicação de novas normas para as IPSAS.

240. O Conselho tomou nota do relatório.

*(B) Plano Mestre de Investimentos de Capital*

241. O dr. Thomas também informou que em junho o Comitê Executivo havia examinado um relatório de progresso sobre o trabalho realizado até o momento no Plano Mestre de Investimentos de Capital, incluindo uma atualização sobre as reformas e projetos de recuperação realizados, em particular no Haiti e Chile após os terremotos naqueles países. Havia sido informado que, em alguns países, em vez de consertar construções que sofreram grandes danos ou reformar uma construção antiga, a Repartição havia optado por remanejar a representação no país para outra instalação, sendo usadas em vários casos instalações de propriedade do governo sede e com isenção de aluguel, resultando em considerável economia à Organização. O Comitê também havia sido informado que se esperava assinar em breve um contrato para a construção do Centro de Operações de Emergência e que havia começado o trabalho de recuperação dos elevadores no edifício da Sede.

242. O Comitê Executivo havia assinalado que haveria gastos expressivos no biênio atual e que o Subfundo de Tecnologia da Informação ficaria quase que totalmente a zero, o que representaria um desafio no futuro. O Comitê também havia pedido esclarecimento sobre certas discrepâncias aparentes nos valores no relatório de progresso, e havia sido

informado que, na maioria das vezes, estas discrepâncias se deviam ao fato de que a assinatura de certos contratos havia passado de 2010 para 2011.

243. A Diretora observou que havia ocorrido um certo atraso no início da obra do Centro de Operações de Emergência, mas que se esperava que por volta da sessão de março de 2012 do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração seria possível ver algum progresso efetivo.

244. O Conselho tomou nota do relatório.

***Resoluções e outras Ações de Organizações Intergovernamentais de Interesse da OPAS (Documento CD51/INF/7, A-C)***

*(A) 64.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, (B) Quadragésimo Primeiro Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos e (C) Organizações sub-regionais*

245. O dr. St. Clair Thomas (Representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido em junho um relatório sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Quarta Assembleia Mundial da Saúde e a 129<sup>a</sup> Sessão do Conselho Executivo da OMS consideradas como sendo de especial interesse aos Órgãos Diretivos da OPAS. Havia sido dada atenção especial às resoluções da Assembleia Mundial da Saúde sobre o fortalecimento da enfermagem e do trabalho das obstetrias, prevenção e controle da cólera, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde e preparativos para a reunião de alto nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre prevenção e controle de doenças não transmissíveis. O Comitê havia sido informado que a 129<sup>a</sup> Sessão do Conselho Executivo da OMS havia instituído um mecanismo consultivo sobre a reforma da OMS e havia pedido à Diretora-Geral que preparasse três documentos conceituais sobre os seguintes tópicos: governança da OMS, uma avaliação independente da OMS e o Fórum Mundial de Saúde, como exposto na Resolução WHA64. 2. Havia sido solicitado aos comitês regionais que examinassem estes documentos e o processo de reforma da OMS de modo geral antes da sessão especial do Conselho Executivo a ser realizada em novembro de 2011. Deste modo, o assunto da reforma da OMS havia sido incluído na agenda do Conselho Diretor (ver parágrafos 180 a 194 anteriormente).

246. O dr. Manuel Sotelo (Gerente de Área, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) apresentou o Documento CD51/INF/7, o qual continha um resumo das resoluções e outras ações da 64.<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, Quadragésimo primeiro período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos e várias organizações sub-regionais, consideradas de especial interesse aos Órgãos Diretivos da OPAS. Ele também destacou o grande número de sessões internacionais e intergovernamentais que seria realizado nos próximos meses, representando oportunidades para a OPAS fazer as suas considerações e propor os seus

objetivos e, em particular, para reforçar a nova proeminência dada às doenças não transmissíveis na Sessão de Alto Nível da Assembleia Geral em Nova York.

247. No debate que se seguiu, agradeceu-se à Repartição por seu apoio às diversas atividades sendo realizadas em conformidade com as resoluções da OEA, em particular a assessoria que estava dando ao grupo de trabalho encarregado de elaborar um anteprojeto de Convenção Interamericana contra o Racismo e Toda Forma de Discriminação e Intolerância e suas contribuições ao trabalho da OEA na área de proteção dos direitos humanos dos idosos.

248. O Conselho tomou nota do relatório.

### **Outros Assuntos**

#### ***Vigésimo Quinto Aniversário do Programa de Saúde Internacional da OPAS***

249. O Conselho celebrou o 25º aniversário do Programa Internacional de Saúde da OPAS e homenageou os fundadores do programa, em particular a dra. María Isabel Rodríguez (ministra da Saúde, El Salvador), primeira coordenadora do Programa, que discursou perante o Conselho. O discurso dela e da Diretora está disponível no site do 51º Conselho Diretor.

#### ***Lançamento do Atlas Regional de Vulnerabilidade Social Subnacional e Seu Impacto na Saúde e do Suplemento sobre Rubéola do Journal of Infectious Diseases***

250. O Conselho foi informado do recente lançamento de duas publicações: o *Atlas Regional de Vulnerabilidade Social Subnacional e Seu Impacto na Saúde*<sup>5</sup>, resultado de um projeto conjunto da OPAS e do Centro Latino-Americano e Caribenho de Demografia (CELADE) do CEPAL que visava apontar as vulnerabilidades e disparidades sociais existentes no caminho dos ODM no âmbito municipal, e um suplemento especial do *Journal of Infectious Diseases* sobre a eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita<sup>6</sup>, de autoria, como editores convidados, do dr. Jon Kim Andrus (Diretor Adjunto, RSPA), dr. Carlos Castillo-Solórzano (Assessor Regional, Vacinas e Vacinação, RSPA) e dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Assessor Sênior, Vacinação Familiar Integral, RSPA), com a contribuição de diversos outros membros da OPAS, assim como de pessoal da OMS e dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos.

---

<sup>5</sup> OPAS/CELADE. *Atlas regional de vulnerabilidade social subnacional e seu impacto na saúde*. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

<sup>6</sup> Eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita nas Américas. *Journal of Infectious Diseases* (2011) 204(suppl 2):S571-S578. Disponível em: <http://jid.oxfordjournals.org/content/204/6.toc>

251. O Delegado de Cuba afirmou que, lamentavelmente, a maioria da delegação do Ministério da Saúde do seu país não havia podido comparecer ao 51º Conselho Diretor porque o Governo dos Estados Unidos não havia emitido os seus vistos. Ele assegurou ao Conselho que, no entanto, as autoridades sanitárias de Cuba haviam acompanhado atentamente os procedimentos através dos representantes diplomáticos de Cuba em Washington, D.C., que também haviam representado o Ministério na sessão.

252. A Diretora anunciou a aposentadoria iminente de sra. Sharon Frahler (Gerente de Área, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA), do dr. Isaías Daniel Gutiérrez (Gerente de Área, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) e do dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) e agradeceu a eles pelos longos anos de serviço dedicados à Organização.

### **Encerramento da Sessão**

253. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrado o 51º Conselho Diretor.

### **Resoluções e Decisões**

254. A seguir as resoluções e decisões adotadas pelo 51º Conselho Diretor:

#### ***Resoluções***

***CD51.R1: Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao Término dos Mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti***

#### ***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

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

Considerando que Brasil, Chile e El Salvador foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti,

#### ***RESOLVE:***

1. Declarar Brasil, Chile e El Salvador eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.

2. Agradecer à Argentina, Guatemala e Haiti pelos serviços prestados a Organização por seus delegados no Comitê Executivo durante os últimos três anos.

*(Quinta reunião, 28 de setembro de 2011)*

***CD51.R2: Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo presente que o Artigo VI do novo Estatuto do Centro Latino-Americano e do Caribe para Informação em Ciências da Saúde (BIREME) estabelece que seu Comitê Assessor 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 devem ser selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS entre os membros da BIREME (que atualmente inclui 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 da BIREME devem ser alternados 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 em caso de tal ser necessário para manter o equilíbrio entre os membros do Comitê Assessor;

Considerando que foram eleitos Bolívia e Suriname para integrar o Comitê Assessor da BIREME a partir 1 de janeiro de 2012, por chegarem a seu término os mandatos da Jamaica e do México,

***RESOLVE:***

1. Declarar Bolívia e Suriname eleitos como membros não permanentes do Comitê Assessor da BIREME para um período de três anos.
2. Agradecer à Jamaica e ao México os serviços prestados à Organização por seus delegados no Comitê Assessor da BIREME durante os últimos dois anos.

*(Quinta reunião, 28 de setembro de 2011)*

***CD51.R3: Nomeação do Auditor Externo da Organização Pan-Americana da Saúde para 2012-2013 e 2014-2015***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o relatório do Diretor, *Nomeação do Auditor Externo da Organização Pan-Americana da Saúde para 2012-2013 e 2014-2015* (Documento CD51/17);

Observando os regulamentos, normas e procedimentos da Organização Pan-Americana da Saúde e as práticas da Organização Mundial da Saúde,

***RESOLVE:***

1. Nomear a Tribunal de Contas da Espanha como Auditor Externo das contas da Organização Pan-Americana da Saúde para o período 2012-2015, de acordo com os princípios e requisitos estipulados no Regulamento Financeiro XIV.
2. Solicitar á Diretora:
  - (a) que estabeleça termos e condições contratuais entre a Organização e o Auditor Externo designado a fim de cobrir as modalidades do trabalho do Auditor Externo para o cumprimento de suas atribuições conforme o Anexo B do Documento CD51/17, que contém outras informações de apoio sobre a designação do Auditor Externo, com referência em particular aos requisitos das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público;
  - (b) que expresse seu agradecimento ao Controlador e Auditor Geral do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte pelos muitos anos de serviços prestados à Organização Pan-Americana da Saúde, principalmente no que se refere ao apoio à recente adoção com êxito das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público pela Organização.

*(Quinta reunião, 28 de setembro de 2011)*

***CD51.R4: Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana* (Documento CD51/5);

Reconhecendo que há numerosos mandatos dos Órgãos Diretores remontando a 1992, que salientam a necessidade de abordar questões de saúde urbana e as iniquidades em saúde causadas pela urbanização na Região, além da oportunidade oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e pelo Plano Estratégico da OPAS 2008-2012;

Reconhecendo que a megatendência de urbanização se acelerou rapidamente na Região e que os países não conseguiram reagir e ajustar os seus programas à ampla diversidade de desafios culturais, comunitários, familiares, migratórios e socioeconômicos gerados por esse processo de urbanização;

Tendo estudado a oportunidade brindada de abordar muitos dos problemas de saúde pública mais desafiadores que ora confrontam nossos países nas áreas das enfermidades não transmissíveis, lesões, doenças transmitidas por vetores e outras doenças transmissíveis, e o desafio de suprir as diversas necessidades da população dos meios urbanos, conforme destacado na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis;

Tendo em conta que a falta de consideração adequada e sistemática de critérios de saúde pública no crescimento, em grande parte não planejado, das cidades da Região resultou no aumento da morbidade e mortalidade e na ampliação do déficit de equidade nas cidades;

Compreendendo que, para obter êxito na promoção da saúde pública na Região, os ministérios da saúde terão que incluir informações nos seus sistemas de vigilância sanitária que diferenciem o gradiente de desigualdades na saúde e suas causas e implicações para as políticas, programas, e serviços de saúde nacionais e municipais;

Reconhecendo que alcançar a saúde urbana é um esforço multissetorial que envolve uma ação concertada para promover a atividade física; criar opções de transporte público seguras, eficazes e acessíveis; prevenir e reduzir lesões; reduzir o uso prejudicial do álcool; e suprir as necessidades particulares de acesso e bem-estar dos grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais;

Reconhecendo também que os países que adotam esse enfoque holístico, em coordenação e sinergia com outros planos de ação, inclusive os das agências especializadas das Nações Unidas, não apenas estão melhorando a saúde de seus cidadãos, como também obtendo ganhos importantes em termos ambientais e de sustentabilidade;

Tendo em mente que a execução da Estratégia e do Plano de Ação significa reunir uma combinação única da gestão do sistema de saúde e suas redes de serviços e com os



demais atores sociais nos meios urbanos para defender e ajustar toda a sorte de serviços de saúde urbanos que possam atender às necessidades especiais do gradiente social e a heterogeneidade das populações urbanas;

Tendo solicitado à época do 50º Conselho Diretor que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) formulasse uma estratégia e plano de ação preliminares a serem apresentados ao 51º Conselho Diretor,

***RESOLVE:***

1. Respalda a Estratégia e aprova o Plano de Ação para Saúde Urbana, além de apoiar sua implementação no contexto das condições específicas de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades e tendências atuais e futuras em matéria de saúde urbana na Região.
2. Instar os Estados Membros a:
  - (a) adotar as diretrizes, as ferramentas e os métodos desenvolvidos pela RSPA e os Centros de Excelência para apoiar seu papel de gestão intersetorial, a promoção da participação social e a reorientação dos serviços de saúde;
  - (b) apoiar políticas e programas nacionais, infranacionais e locais de promoção da saúde, passando pelo fortalecimento da participação social, com quadros normativos e mecanismos de financiamento apropriados;
  - (c) ajustar os sistemas de vigilância segundo as prioridades nacionais para incluir os determinantes e indicadores relacionados à saúde urbana, como gênero, idade, orientação sexual, situação socioeconômica, condições de migração, raça, etnia, populações indígenas e sem-teto e condições habitacionais;
  - (d) estender o compromisso das autoridades municipais e metropolitanas com o planejamento e desenvolvimento urbano saudável, levando em consideração a saúde urbana e a equidade na saúde nas políticas e planos de saúde nacionais e infranacionais;
  - (e) colaborar com as autoridades municipais e metropolitanas na formulação de políticas e sistemas de transporte que priorizem a segurança de pedestres, ciclistas e usuários do transporte público; assim como nas regulamentações urbanísticas e infraestrutura urbana que preveja o acesso equitativo e seguro à atividade física recreativa ao longo de toda a vida;

- (f) ajudar as autoridades municipais e metropolitanas no uso de ferramentas de avaliação e ação para abordar o planejamento e os programas urbanos saudáveis e equitativos de forma mais eficaz;
- (g) sensibilizar os principais interessados diretos e elaborar planos e programas de marketing social;
- (h) prestar contas a cada dois anos sobre o progresso obtido, com dados para uma avaliação intermediária em cinco anos e uma avaliação final em dez anos;
- (i) promover projetos específicos de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável em comunidades, com foco em populações vulneráveis, para encorajar a participação social e ação intersetorial.

3. Solicitar à Diretora que:

- (a) produza e divulgue critérios de saúde pública, diretrizes, políticas modelo, e quadros normativos para planejamento da saúde urbano, serviços de saúde urbana e métodos para obter a ação multissetorial, inclusive avaliações de impacto sanitário, avaliações de impacto de equidade na saúde e coleta e análise de dados transeitoriais;
- (b) colete e divulgue novas informações sobre experiências, lições extraídas e boas práticas obtidas por meio de fóruns regionais, pesquisa, observatórios, documentação e o intercâmbio de experiências e processos promissores;
- (c) desenvolva ainda mais enfoques de promoção da saúde e determinantes da saúde na cooperação técnica em matéria de saúde urbana e na implementação da Estratégia de Cooperação de Países nos Estados Membros;
- (d) promova capacitação para o planejamento e execução da saúde urbana, vigilância e sistemas de informação em toda a Região;
- (e) apoie o envolvimento dos ministérios da saúde com as autoridades municipais e metropolitanas e outros setores pertinentes, de acordo com as questões detalhadas no relatório final da mesa-redonda no 50º Conselho Diretor, no relatório final dos Fóruns sobre Saúde Urbana e Promoção da Saúde e na Chamada à Ação Global em Urbanização e Saúde.

*(Quinta reunião, 28 de setembro de 2011)*

***CD51.R5: Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Havendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação sobre e-Saúde* (Documento CD51/13);

Reconhecendo que a revisão da situação atual indica que a aplicação da *e-Saúde* (utilizando as tecnologias da informação e comunicação sanitárias) nos países das Américas conta com duas condições básicas para sua execução: dispõe de meios eficazes para formular e implantar políticas e estratégias de *e-Saúde* (viabilidade tecnológica) e há procedimentos práticos relevantes no nível local, bem como instrumentos simples, exequíveis e sustentáveis (viabilidade programática e financeira);

Entendendo que se busca melhorar a coordenação e a prestação de serviços na esfera da saúde para aumentar sua eficiência, disponibilidade, acessibilidade e exequibilidade, o que lhe permitirá adequar-se e prever novos contextos no âmbito sanitário;

Considerando que em 1998, no documento *Política de saúde para todos no século 21*, encomendado pela OMS, recomendava-se o uso apropriado da telemática da saúde na política e estratégia geral de saúde para todos; a resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA51.9 (1998) sobre publicidade, promoção e venda transfronteiriça de produtos médicos através da Internet; a Agenda de Conectividade para as Américas e o Plano de Ação de Quito (2003); as Cúpulas Mundiais das Nações Unidas sobre a Sociedade da Informação (Genebra, 2003 e Túnis, 2005); a resolução do Conselho Executivo da OMS, EB115.R20 (2004) sobre a necessidade de formular estratégias de ciber saúde; a resolução WHA58.28 da Assembleia Mundial da Saúde, que estabelece os eixos da estratégia de ciber saúde da OMS; e a Estratégia e-LAC 2007-2010 da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL);

Considerando a ampla experiência da Região das Américas nos programas de saúde pública veterinária, que podem também contribuir para obter sistemas nacionais de saúde que sejam sustentáveis;

Observando que a OPAS tem colaborado com os países da Região para estabelecer bases conceituais, técnicas e infraestrutura para a elaboração de programas e políticas nacionais em *e-Saúde*;

Reconhecendo o caráter transversal e complementar entre esta estratégia e os objetivos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS (*Documento oficial 328*);

Considerando a importância de contar com uma estratégia e um plano de ação sobre *e-Saúde* que permitam aos Estados Membros, de forma eficaz e eficiente, melhorar a saúde pública na Região através do uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicações,

**RESOLVE:**

1. Respalda a Estratégia e aprova o Plano de Ação sobre *e-Saúde*, e apoia sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, assim como nas propostas e discussão dos orçamentos nacionais, permitindo criar as condições propícias para enfrentar o desafio de melhorar a saúde pública na Região através do uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicações, em seus respectivos países.
2. Instar os Estados Membros a que:
  - (a) atribuam prioridade ao uso de ferramentas e metodologias inovadoras das tecnologias da informação e comunicação para melhorar a saúde pública humana e veterinária na Região, inclusive a administração sanitária;
  - (b) elaborem e executem políticas, planos, programas e intervenções interministeriais, guiados pela Estratégia e Plano de Ação, disponibilizando os recursos e o quadro jurídico necessários, concentrando-se nas necessidades das populações em risco e em situação de vulnerabilidade;
  - (c) executem a Estratégia e o Plano de Ação, conforme o caso, dentro de um quadro integrado pelo sistema de saúde e os serviços de tecnologias da informação e da comunicação, enfatizando a colaboração interprogramática e a ação intersetorial, ao mesmo tempo em que vigiam e avaliam a eficácia do programa e a alocação de recursos;
  - (d) fomentem o aumento da capacidade dos responsáveis pelas políticas, dirigentes de programas e provedores de atenção sanitária e serviços de tecnologias da informação e da comunicação, para elaborar políticas e programas que facilitem o estabelecimento de serviços de saúde eficazes e de qualidade, concentrados nas pessoas;
  - (e) promovam um diálogo interno e a coordenação entre ministérios e outras instituições do setor público, assim como alianças entre os setores público, privado e a sociedade civil, para obter consensos nacionais e garantir o intercâmbio de conhecimentos sobre modelos rentáveis, e assegurando a disponibilidade de normas em matéria de qualidade, segurança, interoperacionalidade e ética, e respeitando os princípios de confidencialidade da informação, equidade e igualdade;

- (f) apoiem a capacidade de gerar informação e pesquisa para a elaboração de estratégias e execução de modelos baseados nas provas científicas pertinentes;
- (g) estabeleçam um sistema integrado de acompanhamento, avaliação e prestação de contas de políticas, planos, programas e intervenções, que permita aumentar a capacidade de vigilância e resposta rápida às doenças e emergências de saúde pública humana e veterinária;
- (h) iniciem processos internos de revisão e análise sobre a pertinência e viabilidade da Estratégia e o Plano de Ação, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.

3. Solicitar à Diretora:

- (a) que respalde a coordenação e execução da Estratégia e o Plano de Ação sobre *e-Saúde* nos âmbitos nacional, sub-regional, regional e interinstitucional, e preste a cooperação técnica necessária aos países e entre eles para a preparação e execução dos planos nacionais de ação;
- (b) que colabore com os Estados Membros na execução e coordenação da Estratégia e do Plano de Ação, garantindo seu caráter transversal através das áreas programáticas e os diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização;
- (c) que facilite a preparação de estudos, relatórios e soluções que sirvam como modelo em matéria de *e-Saúde* para que, com as modificações apropriadas, possam ser utilizados para os Estados Membros;
- (d) que promova a formação de alianças nacionais, municipais e locais com outros organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, organizações não governamentais e a sociedade civil organizada, o setor privado e outros, para permitir o intercâmbio de capacidades e recursos e melhorar a compatibilidade entre distintas soluções administrativas, tecnológicas e jurídicas no âmbito da *e-Saúde*;
- (e) que promova a coordenação entre a Estratégia e o Plano de Ação e iniciativas similares de outros organismos internacionais de cooperação técnica e financiamento;

- (f) que informe periodicamente aos Órgãos Diretores da OPAS sobre os progressos e as limitações na execução da presente Estratégia e o Plano de Ação, assim como sua adequação a contextos e necessidades específicos.

(Sexta reunião, 28 de setembro de 2011)

**CD51.R6: Plano de Ação sobre Segurança Viária**

**O 51º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo examinado o *Plano de ação sobre segurança viária* (Documento CD51/7, Rev. 1);

Reconhecendo o ônus que representam os traumatismos provocados pelo trânsito na Região das Américas, que constituem a primeira causa de mortalidade nas pessoas de 5 a 14 anos e a segunda causa nas de 15 a 44 anos de idade, bem como a necessidade urgente de adotar medidas de saúde pública e promover políticas públicas em coordenação com outros setores para reduzir o ônus pela perda de vidas e sofrimento causados pelos traumatismos provocados pelo trânsito;

Recordando a Resolução WHA57.10 (2004) da Assembleia Mundial da Saúde sobre segurança viária e saúde e a Resolução A/RES/58/289 (2004) da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre melhoria da segurança viária no mundo; a celebração do Dia Mundial da Saúde de 2004, dedicado à segurança viária; e o lançamento do *Relatório Mundial sobre Prevenção de Acidentes de Trânsito*, o *Relatório sobre a Situação Mundial da Segurança Rodoviária*, e o Relatório sobre a situação da segurança viária na Região das Américas;

Lembrando também a Resolução CD48.R11 (2008) do Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, *Prevenção de violência e lesões e promoção da segurança: apelo à ação na Região*;

Lembrando também que, em março de 2010, a Assembleia Geral das Nações Unidas proclamou a Década de Ação para Segurança Viária 2011–2020 (Resolução A/RES/64/255);

Reconhecendo as oportunidades que oferece a adoção de um enfoque de saúde pública que promova a ação multissetorial na qual o setor da saúde desempenhe um papel de coordenação para fazer frente à necessidade urgente de proteger de modo eficaz a população pobre, marginalizada e mais vulnerável, que é a mais afetada pelos traumatismos provocados pelo trânsito na Região,

**RESOLVE:**

1. Aprovar o Plano de ação sobre segurança viária.
2. Instar os Estados Membros a adotar políticas públicas intersetoriais que contemplem, entre outras, as seguintes medidas:
  - (a) priorizar a segurança viária mediante a formulação de planos nacionais, subnacionais e locais para a Década de Ação para Segurança Viária;
  - (b) melhorar a infraestrutura das vias urbanas e das estradas;
  - (c) melhorar as políticas e leis para o transporte público de massa mediante a integração de segurança, igualdade e critérios de acessibilidade a fim de promover a segurança e proteger os direitos humanos de todos;
  - (d) reduzir a incidência dos fatores de risco (velocidade e consumo de álcool) nos traumatismos provocados pelo trânsito e aumentar a taxa de uso dos equipamentos de proteção (capacetes, cintos de segurança e sistemas de contenção de crianças nos automóveis);
  - (e) estabelecer limites de velocidade nas zonas urbanas que não superem os 50 km/h, promover a descentralização para permitir que os governos locais possam modificar os limites de velocidade, e promover a conscientização do público sobre a necessidade de fixar limites de velocidade;
  - (f) adotar o limite de álcool no sangue para condutores, a um valor inferior ou igual a 0,05 g/dl;
  - (g) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório de capacetes, levando em consideração as normas de qualidade e segurança;
  - (h) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório do cinto de segurança, levando em consideração as normas de qualidade e segurança, e promover o uso do cinto de segurança;
  - (i) fazer cumprir as leis sobre o uso obrigatório de sistemas de contenção de crianças nos automóveis, levando em consideração a qualidade e as normas segurança, e promover o uso destes sistemas;
  - (j) criar ou fortalecer um sistema de inspeção e vistoria técnica dos veículos;

- (k) fortalecer a capacidade técnica e institucional da atenção a vítimas de traumatismos provocados pelo trânsito, em especial na fase pré-hospitalar, atendimento hospitalar e reabilitação;
  - (l) melhorar os dados sobre traumatismos provocados pelo trânsito mediante a criação de serviços de vigilância, a fim de melhorar a compreensão e a tomada de consciência sobre o ônus, as causas e as consequências dos traumatismos causados pelo trânsito, para que os programas e investimentos para prevenção, atenção e reabilitação das vítimas possam ser mais bem direcionados, controlados e avaliados;
  - (m) promover estudos que permitam gerar informação científica e técnica sobre os riscos associados com os elementos de distração, tanto dentro como fora do veículo, que podem causar acidentes de trânsito (por exemplo, o uso de aparelhos eletrônicos como telefones celulares e sistemas de navegação; comer, beber ou fumar ao dirigir, e anúncios publicitários nas estradas, entre outros).
3. Solicitar à Diretora que:
- (a) dê apoio aos Estados Membros em suas iniciativas de fortalecimento da segurança viária e na formulação de planos nacionais e subnacionais para a Década de Ação para Segurança Viária;
  - (b) facilite a identificação e o intercâmbio de boas práticas na prevenção de traumatismos provocados pelo trânsito;
  - (c) estimule e apoie a rede de centros de coordenação nacionais e fomente a colaboração com outras redes de especialistas, profissionais e organizações não governamentais;
  - (d) preste cooperação para a capacitação de nível técnico e de políticas para facilitar a coleta e difusão de informações, e promover sistemas de pesquisa e vigilância relacionados com a prevenção dos traumatismos causados pelo trânsito;
  - (e) preste cooperação técnica para melhorar o tratamento e a atenção pré-hospitalar das vítimas de traumatismos provocados pelo trânsito;
  - (f) promova associações e colaboração com organismos internacionais, redes de especialistas, sociedade civil, fundações, setor privado e outros atores sociais para impulsionar um enfoque intersetorial.

*(Sexta reunião, 28 de setembro de 2011)*



***CD51.R7: Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o *Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública* (Documento CD51/9);

Reconhecendo o ônus da morbidade, da mortalidade e da incapacidade associadas com os transtornos decorrentes do uso de substâncias no mundo e, especificamente, na Região das Américas, assim como a lacuna existente em tratamento e na assistência às pessoas afetadas por tais transtornos;

Compreendendo que os enfoques relacionados com prevenção, controle, intervenção antecipada, tratamento, reabilitação, reintegração social e serviços de apoio são medidas necessárias para reduzir as consequências adversas do uso de substâncias psicoativas;

Reconhecendo que esses enfoques requerem melhora do acesso aos serviços de saúde, da promoção da saúde e do bem-estar social de indivíduos, famílias e comunidades, enquanto que protegendo e promovendo o direito de todos ao desfrute máximo de saúde física e mental;

Considerando o contexto e a estrutura para ação oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; pelo Plano Estratégico da OPAS 2008-2012; pela Estratégia Continental de Drogas e pelo Plano de Ação Continental da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas da Organização dos Estados Americanos (OEA/CICAD); pela *Estratégia e o Plano de Ação em Saúde Mental regional* (Documento CD49/11 [2009]), e pelo *Programa de Ação para Lacuna de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS): Expandindo a assistência para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de substâncias (mhGAP)*, refletindo a importância da questão do uso de substâncias e determinando objetivos estratégicos para abordá-lo;

Observando que a Estratégia sobre o Uso de Substâncias e Saúde Pública, aprovada em 2010, formula as principais áreas de trabalho a serem abordadas e identifica as áreas para cooperação técnica, a fim de abordar as necessidades variáveis dos Estados Membros com respeito ao uso de substâncias,

**RESOLVE:**

1. Aprovar o Plano de Ação sobre o Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública e apoiar sua implementação no contexto das condições próprias de cada país, a fim de responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso de substâncias.
2. Instar os Estados Membros a que:
  - (a) identifiquem o uso de substâncias psicoativas como uma prioridade de saúde pública e implementem planos nacionais e subnacional para lidar com os problemas do uso de substâncias psicoativas em conformidade com o seu impacto na saúde pública, principalmente com respeito a reduzir as lacunas existentes de tratamento;
  - (b) contribuam na participação e na execução do Plano de Ação.
3. Solicitar ao Diretor que:
  - (a) monitore e avalie a execução do Plano de Ação em cinco anos e no final do período de execução;
  - (b) apóie os Estados Membros na preparação e implementação de planos nacionais e estaduais para o uso de substâncias psicoativas dentro da estrutura de suas condições específicas e políticas de saúde pública que levam em consideração as provisões da estratégia sobre uso de substâncias psicoativas e saúde pública;
  - (c) promova as parcerias com organizações governamentais e não governamentais, assim como com organizações internacionais e outros interessados diretos regionais no apoio à resposta multissetorial requerida para implementar este Plano de Ação.

*(Sétima reunião, 29 de setembro de 2011)*

**CD51.R8: *Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia***

**O 51º CONSELHO DIRETOR,**

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia* (Documento CD51/10);

Reconhecendo o ônus que a epilepsia representa, em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade no mundo e na Região das Américas em especial, bem como a lacuna entre o número de pessoas doentes e as que não recebem nenhum tipo de tratamento;

Entendendo que se trata de um problema relevante de saúde pública, cuja abordagem em termos de prevenção, tratamento e reabilitação é factível mediante medidas concretas baseadas nas provas científicas;

Considerando o contexto e a fundamentação para a ação que nos oferecem a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, o Plano Estratégico da OPAS 2008-2012, o Programa de Ação da OMS (mhGAP), o Programa de Ação para Lacuna de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde (OMS): Expandindo a assistência para transtornos mentais, neurológicos e decorrentes do uso de substâncias (mhGAP), e a Campanha Mundial contra a Epilepsia “Sair da Sombra”;

Observando-se que na *Estratégia e o Plano de Ação sobre a Epilepsia* são abordadas as principais áreas de trabalho e são definidas as linhas de cooperação técnica para atender às diversas necessidades dos países,

**RESOLVE:**

1. Respaldar na Estratégia e aprovar o Plano de Ação sobre a Epilepsia, bem como sua aplicação no âmbito das condições especiais de todos os países para atender de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras.
2. Instar aos Estados Membros que:
  - (a) incluam a epilepsia como uma prioridade nas políticas nacionais de saúde, por meio da execução de programas nacionais específicos, de acordo com as condições de cada país, a fim de manter os êxitos alcançados e avançar rumo à consecução de novas metas, sobretudo no tocante à redução das lacunas existentes em termos de tratamento;
  - (b) fortaleçam a legislação conforme necessário, visando proteger os direitos humanos das pessoas com epilepsia e conseguir a aplicação eficaz das leis;
  - (c) fortaleçam o acesso universal e equitativo ao atenção médica de todas as pessoas com epilepsia, mediante o fortalecimento dos serviços de saúde no âmbito dos sistemas baseados na atenção primária à saúde e das redes integradas de serviços;

- (d) assegurem a disponibilidade dos quatro medicamentos antiepilépticos considerados essenciais para o tratamento das pessoas com epilepsia, especialmente no nível primário de atenção;
  - (e) promovam os serviços de neurologia em apoio ao trabalho de identificação e de manejo de casos no nível primário, assegurando uma adequada distribuição dos meios auxiliares de diagnóstico necessários;
  - (f) apoiem a participação eficaz da comunidade e das associações de usuários e de familiares em atividades destinadas a proporcionar uma melhor atenção às pessoas com epilepsia;
  - (g) considerem o fortalecimento dos recursos humanos como componente essencial para a melhoria dos programas nacionais de atenção à epilepsia, mediante a execução de atividades sistemáticas de capacitação, sobretudo as dirigidas ao pessoal de atenção primária à saúde;
  - (h) promovam iniciativas intersetoriais e de educação dirigidas à população, a fim de combater o estigma e a discriminação que sofrem as pessoas com epilepsia;
  - (i) reduzam o déficit de informação existente no campo da epilepsia mediante a melhoria da produção, da análise e do uso de informações, inclusive da pesquisa;
  - (j) fortaleçam as alianças do setor da saúde com outros setores, bem como com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e os principais atores da sociedade civil.
3. Solicitar à Diretora que:
- (a) apoie os Estados Membros na elaboração e execução de programas nacionais de atenção à epilepsia no âmbito da suas políticas de saúde, levando em consideração a Estratégia e o Plano de ação, procurando corrigir as desigualdades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais, inclusive os povos indígenas;
  - (b) colabore na avaliação e reestruturação dos serviços de neurologia e de saúde mental dos países;
  - (c) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências positivas e inovadoras, e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros;
  - (d) fomente alianças com a Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE) e o Escritório Internacional para a Epilepsia (IBE), bem como organismos internacionais, organizações governamentais e não governamentais, e outros

- atores regionais em apoio à resposta ampla e multissetorial necessária no processo de execução da Estratégia e do Plano de ação;
- (e) avalie o cumprimento na Estratégia e do Plano de ação e informe o Conselho Diretor da OPAS no prazo de cinco anos.

(Sétima reunião, 29 de setembro de 2011)

***CD51.R9: Estratégia e Plano de Ação para a Malária***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Malária* (Documento CD51/11);

Considerando a Resolução CD46.R13 (2005) do 46º Conselho Diretor sobre a malária e as metas de desenvolvimento internacionalmente acordadas, inclusive as constantes da Declaração do Milênio;

Observando a existência de outros mandatos e resoluções relevantes da Organização Pan-Americana da Saúde, como o Documento CD49/9 (2009), *Eliminação de Doenças Negligenciadas e outras Infecções Relacionadas com a Pobreza*, que incluiu a malária entre as doenças que podem ser eliminadas em alguns áreas, e o Documento CD48/13 (2008), *Controle de Vetores Integrado: Uma Resposta Integral às Doenças Transmitidas por Vetores*, que promove o controle integrado de vetores como parte integrante do controle de doenças transmitida por vetores na Região;

Levando em consideração que a diminuição contínua nos casos de malária e mortes causadas pela doença ratifica o progresso da Região no combate da malária mas também desencadeia uma série exclusiva de desafios importantes e em evolução para a Região;

Reconhecendo que a diversidade do contexto da malária e os desafios enfrentados pelos países da Região exigem a participação em um programa abrangente com diversas combinações de componentes, junto com intervenções inovadoras baseadas em evidências;

Apreciando os esforços dos Estados Membros nos últimos anos para resolver seus respectivos desafios com a malária, mas consciente da necessidade de novas medidas,

**RESOLVE:**

1. Apoiar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação para Malária.
2. Instar os Estados Membros a:
  - (a) examinar os planos nacionais ou estabelecer novos para a prevenção, controle e eliminação em potencial da malária, empregando um enfoque integrado que aborda os determinantes sociais da saúde e favoreça a colaboração interprogramática e ação intersetorial;
  - (b) apoiar os esforços para consolidar e implementar atividades que reduzam ainda mais a endemicidade e propiciem o progresso para alcançar as metas indicadas na Estratégia e Plano da Ação para a Malária, inclusive a eliminação da malária onde este é considerado factível;
  - (c) reforçar a participação nos esforços para enfrentar a malária, inclusive a coordenação com outros países e relevantes iniciativas sub-regionais na vigilância epidemiológica da malária, vigilância da resistência aos medicamentos antimaláricos e inseticidas, e monitoramento e avaliação;
  - (d) reforçar o compromisso dos países com malária endêmica bem como dos não endêmicos, e dos diversos setores no combate à doença, particularmente em termos de manter ou aumentar investimentos e a provisão de recursos necessários;
  - (e) estabelecer estratégias integradas para a prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e controle de vetores com ampla participação comunitária, para que o processo ajude a fortalecer os sistemas nacionais de saúde, inclusive a atenção primária à saúde, vigilância, e sistemas alertas e de resposta, com atenção a fatores relacionados com gênero e grupo étnico;
  - (f) fortalecer a ênfase nas populações e grupos ocupacionais altamente suscetíveis;
  - (g) apoiar a participação no desenvolvimento e implantação de uma agenda de pesquisa que aborda conhecimentos importantes e lacunas tecnológicas em diversos contextos do trabalho de combate à malária na Região, por exemplo, a relação entre a malária e a agricultura.
3. Solicitar à Diretora que:
  - (a) apoie a execução da Estratégia e do Plano de Ação para Malária e preste cooperação técnica que os países possam necessitar para desenvolver e executar os planos de ação nacionais;

- (b) continue a promover a mobilização ativa de recursos, incentivando a estreita colaboração para criar parcerias que apoiem a implantação desta resolução;
- (c) promova e fortaleça a cooperação técnica entre os países, as entidades e as instituições sub-regionais, e forme parcerias estratégicas para executar as atividades projetadas para superar os obstáculos no combate à malária em zonas de fronteira e populações de difícil acesso;
- (d) incentive a cooperação entre países para a produção e acesso aos medicamentos contra malária compatíveis com as normas de garantia de qualidade internacionalmente reconhecidas, e que sejam consistentes com recomendações da OPAS/OMS.

*(Sétima reunião, 29 de setembro de 2011)*

***CD51.R10: Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o projeto de Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338 e Addendum IV*);

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (*Documento CD51/2*);

Tendo examinado os cenários D e E, recomendados pelo 148º Comitê Executivo, e introduzido adicionalmente um cenário consensual contendo um aumento de 3,2% nas cotas (*Addendum IV*);

Observando os esforços da Diretora de propor um programa e orçamento que leve em consideração tanto as questões econômicas dos Estados Membros como os mandatos de saúde pública da Organização;

Considerando o Artigo 14.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Artigo III, parágrafos 3.5 e 3.6, do Regulamento Financeiro da OPAS,

***RESOLVE:***

1. Aprovar o programa de trabalho para a Repartição como exposto no Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338 e Addendum IV*).

2. Solicitar que a Diretora continue buscando eficiências e medidas de redução dos custos, sempre que possível.
3. Distribuir no exercício financeiro de 2012–2013 a soma de \$310.637.902 da seguinte maneira: (a) \$285.100.000 para o Orçamento Efetivo de Trabalho (seções 1–16) que requer um aumento de 3,2% das cotas de contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS em relação ao biênio de 2010–2011; e (b) \$25.537.902 como transferência ao Fundo de Equalização Tributária (seção 17), como indicado na tabela abaixo:

SEÇÃO	TÍTULO	MONTANTE
1	Reduzir o ônus socioeconômico e para a saúde das doenças transmissíveis	23.139.000
2	Combater a infecção pelo HIV/aids, tuberculose e malária	6.479.000
3	Prevenir e reduzir doença, incapacidade e morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e acidentes	11.618.000
4	Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde nas principais fases do ciclo de vida, incluindo gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável para todos os indivíduos	11.613.000
5	Reduzir as consequências para saúde de emergências, desastres, crises e conflitos e minimizar seu impacto socioeconômico	4.469.000
6	Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir fatores de risco como tabagismo, uso de álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação pouco saudável, sedentarismo e sexo sem proteção que afetam o estado de saúde	7.757.000
7	Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais de saúde através de políticas e programas que aumentam a equidade na saúde e integram enfoques sensíveis ao gênero, a favor dos pobres e baseados nos direitos humanos	8.012.000
8	Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influir em políticas públicas em todos os setores para lidar com as causas básicas de ameaças ambientais à saúde	11.717.000
9	Melhorar a nutrição, inocuidade dos alimentos e segurança alimentar em todo o ciclo de vida e em apoio à saúde pública e desenvolvimento sustentável	10.750.000
10	Melhorar a organização, gestão e prestação de serviços de saúde	8.253.000
11	Fortalecer a liderança, governança e fundamentação em comprovação científica dos sistemas de saúde	30.386.000



SEÇÃO	TÍTULO	MONTANTE
12	Garantir maior acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicos	7.115.000
13	Assegurar uma força de trabalho de saúde competente, ativa, produtiva e disponível para melhorar os resultados de saúde	9.439.000
14	Expandir a proteção social através de financiamento justo, adequado e sustentável	5.171.000
15	Fornecer liderança, fortalecer a governança e incentivar parcerias e colaboração com Estados Membros, sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos para cumprir o mandato da OPAS/OMS em realizar a agenda global de saúde, como estipulado no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS e Agenda de Saúde para as Américas	65.426.000
16	Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível com capacidade de aprender, permitindo que cumpra o seu mandato de modo mais eficiente e competente	63.756.000
	Orçamento efetivo de trabalho para 2012–2013 (seções 1–16)	285.100.000
17	Contribuições do pessoal (transferência do Fundo de Equalização Tributária)	25.537.902
	Total: todas as seções	310.637.902

4. Que a distribuição orçamentária será financiada por:

(a) Cotas de contribuição de:

Estados Membros, Estados Participantes e Membros  
Associados conforme a escala adotada .....217.937.902

(b) Receitas diversas .....12.000.000

(c) Proporção do AMRO aprovada na 64<sup>a</sup> Assembleia  
Mundial da Saúde .....80.700.000

TOTAL .....310.637.902

5. Ao estabelecer as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, as cotas terão uma redução adicional de acordo com valor do crédito no Fundo de Equalização Tributária, exceto os créditos dos Estados que cobram tributos dos salários recebidos da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) por seus cidadãos e residentes que terão redução conforme os valores de tais restituições tributárias pela RSPA.

6. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, os montantes que não excedam a distribuição orçamentária exposta no parágrafo 2 estarão disponíveis para o pagamento das obrigações incorridas no período de 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2013, inclusive; não obstante a disposição deste parágrafo, obrigações durante o exercício financeiro de 2012–2013 serão limitadas ao orçamento efetivo de trabalho, ou seja, seções 1–16 da tabela de distribuição orçamentária no parágrafo 2.

7. Que a Diretora estará autorizada a fazer transferências entre as seções de distribuição orçamentária do orçamento efetivo de trabalho até um montante que não exceda 10% do valor distribuído para a seção do qual é feita a transferência; transferências entre as seções do orçamento de mais de 10% da seção da qual o crédito é transferido podem ser feitas com a aprovação do Comitê Executivo, sendo que todas as transferências de créditos do orçamento devem ser informadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

8. Que até 5% do orçamento designado ao nível nacional será reservado como “Alocação Variável por Países” como estipulado na Política Orçamentária Regional para Programas. O gasto na alocação variável por países será autorizado pela Diretora de acordo com os critérios aprovados pela 2.<sup>a</sup> Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, como apresentado à 142.<sup>a</sup> Sessão do Comitê Executivo no Documento CE142/8. Os gastos efetuados da alocação variável por países serão refletidos nas seções correspondentes 1–16 da distribuição orçamentária ao fazer o informe.

9. Estimar o montante do gasto no programa e orçamento para 2012–2013 a ser financiado por outras fontes em \$328.300.000, como exposto no *Documento Oficial 338 e Addendum IV*.

(Sétima reunião, 29 de setembro de 2011)

***CD51.R11, Rev. 1: Cotas de Contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o Exercício Financeiro 2012–2013***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Considerando que na Resolução CD51.R10 o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS de 2012–2013 (*Documento Oficial 338 e Addendum IV*);

Levando-se em consideração que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de cotas de contribuição a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de contribuições adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os seus associados, e que na Resolução CD51.R10 o Conselho Diretor aprovou a nova escala de contribuições para os membros da OPAS para o exercício financeiro de 2012–2013,

***RESOLVE:***

Estabelecer as cotas de contribuição dos Estados Membros, Estados Participantes, e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2012–2013 de acordo com a escala de contribuições mostrada abaixo e nas quantias correspondentes, que representam um aumento de 3,2% em relação ao exercício financeiro de 2010–2011.

Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Contribuição bruta		Credito do Fundo de Equalização Tributária		Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS		Contribuição líquida	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
<b>Estados Membros:</b>										
Antigua e Barbuda	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Argentina	2,408	2,408	2.623.972	2.623.972	307.476	307.476			2.316.496	2.316.496
Bahamas	0,062	0,062	67.561	67.561	7.917	7.917			59.644	59.644
Barbados	0,045	0,045	49.036	49.036	5.746	5.746			43.290	43.290
Belize	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Bolívia	0,049	0,049	53.395	53.395	6.257	6.257			47.138	47.138
Brasil	9,941	9,941	10.832.603	10.832.603	1.269.361	1.269.361			9.563.242	9.563.242
Canadá	11,972	11,972	13.045.763	13.045.763	1.528.699	1.528.699	45.000	45.000	11.562.064	11.562.064
Chile	1,189	1,189	1.295.641	1.295.641	151.823	151.823			1.143.818	1.143.818
Colômbia	1,049	1,049	1.143.084	1.143.084	133.946	133.946			1.009.138	1.009.138
Costa Rica	0,221	0,221	240.821	240.821	28.219	28.219			212.602	212.602
Cuba	0,183	0,183	199.413	199.413	23.367	23.367			176.046	176.046
Dominica	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
República Dominicana	0,257	0,257	280.050	280.050	32.816	32.816			247.234	247.234
Equador	0,258	0,258	281.140	281.140	32.944	32.944			248.196	248.196
El Salvador	0,114	0,114	124.225	124.225	14.557	14.557			109.668	109.668
Grenada	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Guatemala	0,168	0,168	183.068	183.068	21.452	21.452			161.616	161.616
Guiana	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Haiti	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Honduras	0,051	0,051	55.574	55.574	6.512	6.512			49.062	49.062
Jamaica	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
México	8,281	8,281	9.023.719	9.023.719	1.057.397	1.057.397			7.966.322	7.966.322
Nicarágua	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Panamá	0,158	0,158	172.171	172.171	20.175	20.175			151.996	151.996
Paraguai	0,093	0,093	101.341	101.341	11.875	11.875			89.466	89.466
Peru	0,688	0,688	749.706	749.706	87.850	87.850			661.856	661.856

Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Contribuição bruta		Credito do Fundo de Equalização Tributária		Ajuste para tributos cobrados pelos Estados Membros sobre salários do pessoal da OPAS		Contribuição líquida	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Saint Kitts e Nevis	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Santa Lúcia	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
São Vincent e Grenadines	0,022	0,022	23.973	23.973	2.809	2.809			21.164	21.164
Suriname	0,034	0,034	37.049	37.049	4.341	4.341			32.708	32.708
Trinidad e Tobago	0,180	0,180	196.144	196.144	22.984	22.984			173.160	173.160
Estados Unidos da América	59,445	59,445	64.776.593	64.776.593	7.590.503	7.590.503	10.000.000	10.000.000	67.186.090	67.186.090
Uruguai	0,214	0,214	233.194	233.194	27.326	27.326			205.868	205.868
Venezuela	<u>2,186</u>	<u>2,186</u>	<u>2.382.061</u>	<u>2.382.061</u>	<u>279.129</u>	<u>279.129</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2.102.932</u>	<u>2.102.932</u>
Subtotal	<u>99,583</u>	<u>99,583</u>	<u>108.514.547</u>	<u>108.514.547</u>	<u>12.715.701</u>	<u>12.715.701</u>	<u>10.045.000</u>	<u>10.045.000</u>	<u>105.843.846</u>	<u>105.843.846</u>
<b>Estados Participantes:</b>										
França	0,219	0,219	238.642	238.642	27.964	27.964			210.678	210.678
Países Baixos	0,068	0,068	74.099	74.099	8.683	8.683			65.416	65.416
Reino Unido	<u>0,046</u>	<u>0,046</u>	<u>50.126</u>	<u>50.126</u>	<u>5.874</u>	<u>5.874</u>			<u>44.252</u>	<u>44.252</u>
Subtotal	<u>0,333</u>	<u>0,333</u>	<u>362.867</u>	<u>362.867</u>	<u>42.521</u>	<u>42.521</u>			<u>320.346</u>	<u>320.346</u>
<b>Membro Associado :</b>										
Puerto Rico	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>91.534</u>	<u>91.534</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>80.808</u>	<u>80.808</u>
Subtotal	<u>0,084</u>	<u>0,084</u>	<u>91.534</u>	<u>91.534</u>	<u>10.726</u>	<u>10.726</u>			<u>80.808</u>	<u>80.808</u>
<b>TOTAL</b>	<b><u>100,000</u></b>	<b><u>100,000</u></b>	<b><u>108.968.948</u></b>	<b><u>108.968.948</u></b>	<b><u>12.768.948</u></b>	<b><u>12.768.948</u></b>	<b><u>10.045.000</u></b>	<b><u>10.045.000</u></b>	<b><u>106.245.000</u></b>	<b><u>106.245.000</u></b>

\* Os Estados Membros estão representados em ordem alfabética baseada no inglês.

(Sétima reunião, 29 setembro 2011)

***CD51.R12: Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o *Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave* (documento CD51/12);

Considerando os mandatos internacionais propostos no Plano de Ação Regional para a Redução da Mortalidade Materna nas Américas (documento CSP23/10 [1990]); a resolução *População e saúde reprodutiva* (CSP25.R13 [1998]); a Estratégia Regional para a Redução da Mortalidade e Morbidade Materna (documento CSP26/14 [2002]); a Estratégia e Plano de Ação para a Eliminação da Transmissão Materno-infantil de HIV e da Sífilis Congênita (documento CD50/15 [2010]); as resoluções WHA55.19 (2002), WHA57.13 (2004) e EB113.R11 (2004) sobre saúde reprodutiva aprovadas pela Assembleia Mundial de Saúde e o Conselho Executivo da OMS, respectivamente; os fóruns de Nairóbi, Quênia (1987), Cairo, Egito (1994) e Pequim, China (1995); a Declaração do Milênio (2000), e a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;

Considerando a resolução R11/8 do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (2009), a resolução CD50.R8 do 50º Conselho Diretor da OPAS (2010) e o documento técnico *A saúde e os direitos humanos* (CD50/12), assim como o alto grau de complementaridade entre este plano e outros objetivos estabelecidos no *Plano Estratégico 2008-2012 da OPAS Modificado* (Documento oficial 328 [2009]);

Considerando a Estratégia Mundial de Saúde das Mulheres e Crianças, lançada pelo Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010 e as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;

Ciente da necessidade de reforçar a gestão de doenças não transmissíveis (DNTs) e de fatores de risco (diabetes, hipertensão, obesidade, fumo) nos protocolos da atenção à saúde materna, conforme discutido na Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis;

Ressaltando que a mortalidade materna é uma manifestação de iniquidade que afeta todos os países da Região, e que existem intervenções eficazes em função do custo dentro do setor que podem ter um impacto real e em curto prazo para sua diminuição;

Considerando a importância de contar com um plano de ação que permita aos Estados Membros responder de forma eficaz e eficiente,

**RESOLVE:**

Aprovar o Plano de Ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave e sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e discussão dos orçamentos nacionais, que lhes permita dar resposta à melhora da saúde materna.

1. Instar os Estados Membros a que:
  - (a) considerem a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 e o apelo do Secretário-Geral das Nações Unidas em 2010 a favor da execução de um plano que contribua para a redução da mortalidade materna;
  - (b) adotem políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso das mulheres a serviços de saúde de qualidade adaptados a suas necessidades com adequação intercultural, especialmente os programas de promoção e prevenção baseados na atenção primária à saúde, atendidos por pessoal qualificado; que integrem a atenção pré-gestacional (inclusive o planejamento familiar), à gravidez, ao parto e ao puerpério (inclusive a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV), e que contemplem também a gratuidade de todos esses serviços, para as populações mais vulneráveis;
  - (c) promovam um diálogo entre instituições do setor público e privado e a sociedade civil, a fim de priorizar a vida das mulheres como uma questão de direitos e de desenvolvimento humano;
  - (d) promovam o empoderamento das mulheres e a participação e corresponsabilidade do homem na saúde sexual e reprodutiva;
  - (e) adotem uma política de recursos humanos em termos de recrutamento, treinamento e retenção que responda às necessidades das mulheres e recém-nascidos;
  - (f) fortaleçam a capacidade de gerar informação e pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva, mortalidade materna e morbidade materna grave para o desenvolvimento de estratégias baseadas em evidências que permitam o acompanhamento e avaliação de seus resultados, segundo as recomendações da Comissão de Informação e Prestação de Contas sobre a Saúde das Mulheres e Crianças;
  - (g) acionem processos de revisão e análise internos sobre o Plano de Ação, para implementação no contexto nacional;

- (h) advoguem a adoção de orçamentos públicos específicos, onde for aplicável, em função de resultados estratégicos tendentes a melhorar a cobertura e a qualidade da atenção às mulheres e crianças;
- (i) promovam o desenvolvimento de programas de proteção social para mulheres e crianças.

2. Solicitar à Diretora que:

- (a) apoie os Estados Membros na execução do presente Plano de Ação, em conformidade com suas necessidades e o contexto demográfico e epidemiológico;
- (b) promova a execução e coordenação do Plano de Ação, garantindo sua - integração às áreas programáticas;
- (c) estimule e fortaleça os sistemas de informação e vigilância da saúde materna, inclusive um repositório regional disponível para todos os interessados diretos, e promova o desenvolvimento de pesquisas operacionais para formular estratégias afins e executar intervenções baseadas nas necessidades específicas dos contextos da Região;
- (d) apoie os Estados Membros no desenvolvimento e criação de capacidades para a preparação e distribuição adequada dos recursos humanos em saúde materna e neonatal;
- (e) consolide e fortaleça 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 científicas e técnicas, a sociedade civil organizada, o setor privado e outros, no âmbito do Grupo de Trabalho Regional para a Redução da Mortalidade Materna;
- (f) informe periodicamente aos Órgãos Diretores da OPAS sobre os progressos e limitações na execução do Plano de Ação, assim como as adaptações do mesmo a novos contextos e necessidades, se necessário.

*(Oitava reunião, 29 de setembro de 2011)*



***CD51.R13: Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o Documento CD51/18, *Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana*;

Considerando a revisão da escala de salários básicos/mínimos para as categorias profissional e superior do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana, em vigor a partir de 1º de janeiro de 2011;

Levando em conta a decisão do Comitê Executivo, em sua 148ª Sessão, de ajustar os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (Resolução CE148.R12),

***RESOLVE:***

Estabelecer o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2011, em \$204.391 antes de deduzir as contribuições do pessoal, resultando num salário líquido modificado de \$145.854 (com dependentes) ou \$131.261 (sem dependentes).

*(Oitava reunião, 29 de setembro de 2011)*

***CD51.R14: Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado o *Plano de Ação para Reduzir o Uso Prejudicial do Álcool* (documento CD51/8, Rev. 1);

Reconhecendo o ônus da morbidade, mortalidade e incapacidade associadas ao uso prejudicial do álcool no mundo e na Região das Américas, assim como a disparidade existente no tratamento e atenção às pessoas afetadas pelo consumo prejudicial do álcool;

Considerando o contexto e o modelo para ação oferecido pela Agenda de Saúde para as Américas, o Plano Estratégico da OPAS 2008–2012, e a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA63.13 (2010) de uma estratégia global para reduzir o uso prejudicial do álcool, que reflete a importância da questão do uso prejudicial do álcool e estabelece objetivos para procurar resolvê-lo;

Observando que a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool* estabelece as principais áreas de trabalho a serem abordadas e identifica as áreas para cooperação técnica a fim de atender às diversas necessidades dos Estados Membros com respeito ao consumo prejudicial do álcool;

Considerando as recomendações do encontro da OMS dos pares nacionais para a implementação da *Estratégia global para reduzir o uso prejudicial do álcool* e da reunião de consulta sobre o projeto do plano de ação regional;

Reconhecendo a necessidade de coordenação e liderança regionais para apoiar os esforços nacionais para reduzir o uso prejudicial do álcool,

**RESOLVE:**

1. Aprovar o Plano de ação para reduzir o uso prejudicial do álcool.
2. Executar a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool* através do Plano de ação no contexto das condições próprias de cada país, a fim de responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras com relação ao uso prejudicial do álcool e por menores de idade.
3. Instar os Estados Membros a:
  - (a) identificar o consumo prejudicial do álcool e por menores de idade como prioridade de saúde pública e elaborar planos e/ou introduzir medidas para reduzir seu impacto de saúde pública;
  - (b) reconhecer que o consumo prejudicial do álcool ocorre igualmente entre indivíduos não dependentes e nos dependentes, e que a redução dos problemas relacionados com álcool requer uma mescla de políticas com alcance populacional e intervenções direcionadas, assim como o acesso a serviços de saúde de qualidade;
  - (c) promover políticas públicas que protejam e preservem os interesses de saúde pública;
  - (d) promover políticas e intervenções que tenham base científica, sejam equitativas e respaldadas por mecanismos de implementação sustentáveis envolvendo diferentes interessados diretos;
  - (e) promover programas de prevenção que eduquem crianças, jovens e os que optam por não consumir álcool sobre como resistir à pressão social da bebida, protegê-los desta pressão e apoiar sua opção de não beber;

- (f) assegurar que a prevenção eficaz, tratamento e serviços de atenção estejam disponíveis e sejam acessíveis e de valor razoável aos afetados, inclusive famílias, pelo uso prejudicial do álcool;
  - (g) alocar recursos financeiros, técnicos e humanos para a implementação das atividades nacionais descritas no Plano de ação.
4. Solicitar à Diretora para:
- (a) monitorar e avaliar a implementação do Plano de ação no ano cinco e no final do período de implementação;
  - (b) apoiar os Estados Membros na implementação de planos e/ou intervenções nacionais e subnacionais para reduzir o uso prejudicial do álcool, dentro da estrutura de suas políticas sociais e de saúde pública, levando em consideração a *Estratégia global da OMS para reduzir o uso prejudicial do álcool*;
  - (c) colaborar na avaliação de políticas do álcool e serviços no contexto nacional dos países, com vistas a assegurar que medidas corretivas apropriadas com base científica sejam adotadas;
  - (d) facilitar a difusão de informações e de experiências inovadoras positivas e promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
  - (e) promover parcerias com organizações internacionais e a OMS, organizações governamentais e não governamentais e sociedade civil, levando em consideração conflitos de interesses que as organizações não governamentais possam ter;
  - (f) estabelecer um diálogo com o setor privado sobre como pode contribuir da melhor maneira para a redução do prejuízo relacionado com álcool, com a consideração apropriada aos interesses comerciais envolvidos e conflitos em potencial com os objetivos de saúde pública.

(Oitava reunião, 29 setembro 2011)

***CD51.R15: Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática***

***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo considerado o relatório, *Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática* (Documento CD51/6);

Reconhecendo que a mudança climática é uma ameaça atual e projetada à saúde, que apresenta desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Reconhecendo que a mudança climática representa uma ameaça atual e projetada à saúde pública na Região das Américas e que seu impacto será sentido com mais força pelas populações vulneráveis nas áreas baixas e costeiras, pequenas ilhas, regiões montanhosas e regiões com escassez de água, bem como pelos pobres nas áreas rurais e urbanas;

Observando que a Convenção das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima define “efeitos adversos da mudança do clima” como mudanças no ambiente físico ou biota resultantes de mudanças climáticas que têm significativos efeitos deletérios na composição, resiliência ou produtividade dos ecossistemas naturais e administrados ou na operação de sistemas socioeconômicos ou na saúde e bem-estar humano;

Lembrando a *Mesa-redonda sobre mudança climática e seu impacto na saúde pública: uma perspectiva regional* (Documento CD48/16) de 2008 e seu relatório final (Documento CD48/16, Add. II) e o projeto de plano de ação para proteger a saúde dos efeitos da mudança climática na Região das Américas;

Lembrando a resolução WHA61.19 (2008) sobre mudança climática e saúde e o plano de trabalho da OMS sobre mudança climática e saúde submetido à 62ª Assembleia Mundial da Saúde em 2009 (Documento A62/11);

Reconhecendo que o setor da saúde nas Américas precisa urgentemente proteger a saúde das consequências da mudança climática,

***RESOLVE:***

1. Endossar a Estratégia e aprovar o Plano de Ação sobre Mudança Climática e saúde.
2. Instar os Estados-Membros a que:
  - (a) fortaleçam sua capacidade de medir os impactos da mudança climática sobre a saúde no âmbito nacional e local, focando nas desigualdades socioeconômicas, étnicas e de gênero;
  - (b) fortaleçam a capacidade dos sistemas de saúde para monitoramento e análise das informações sobre clima e saúde para implementar medidas de prevenção oportunas e eficazes;

- (c) fortaleçam a capacidade e conscientização entre os líderes de saúde pública para fornecer orientação técnica na formulação e implementação de estratégias que abordem os efeitos da mudança climática sobre a saúde;
- (d) apoiem o desenvolvimento de materiais, métodos e ferramentas de treinamento que fortaleçam a capacidade no setor da saúde e em outros setores para a adoção de medidas de adaptação e mitigação para enfrentar a mudança climática;
- (e) promovam o envolvimento do setor da saúde com todos os setores conexos, agências e importantes parceiros nacionais e internacionais para implementar intervenções que reduzam os riscos atuais e projetados da mudança climática;
- (f) implementem gradualmente as atividades propostas no Plano de Ação, de modo a habilitar e fortalecer os sistemas de saúde nacionais e locais para que possam efetivamente proteger a saúde humana dos riscos atuais e projetados relacionados à mudança climática.

3. Solicitar à Diretora que:

- (a) continue a cooperar estreitamente com os Estados-Membros no apoio a redes que facilitem a coleta e disseminação de informações e a promover sistemas de pesquisa e vigilância relacionados ao clima e saúde;
- (b) apoie os esforços dos países para lançar campanhas de conscientização acerca da mudança climática, reduzir a pegada de carbono do setor da saúde e preparar os profissionais da saúde para a implementação de intervenções de adaptação eficazes;
- (c) trabalhe com os países, mecanismos de integração sub-regional, organismos internacionais, redes de peritos, sociedade civil e setor privado para criar parcerias que promovam ações ambientalmente sustentáveis que levem em conta o impacto sobre a saúde em todos os níveis;
- (d) ajude os Estados-Membros a avaliar a vulnerabilidade de suas populações à mudança climática e desenvolver opções de adaptação baseadas nessas avaliações;
- (e) ajude os Estados-Membros a implementar o Plano de Ação, elaborar planos nacionais ajustados às necessidades locais, e informar sobre o progresso nessa área em reuniões de alto nível como a Cúpula da Terra de 2012.

*(Nona reunião, 30 de setembro de 2011)*

***Decisões***

***Decisão CD51(D1) Nomeação da Comissão de Credenciais***

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Antígua e Barbuda, Canadá e Honduras membros da Comissão de Credenciais.

*(Primeira reunião, 26 de setembro de 2011)*

***Decisão CD51(D2) Eleição da Mesa Diretora***

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu o Panamá como Presidente, Bahamas e Uruguai como Vice-presidentes e Bolívia como Relator do 51º Conselho Diretor.

*(Primeira reunião, 26 de setembro de 2011)*

***Decisão CD51(D3) Formação da Comissão Geral***

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Cuba, Guatemala e Estados Unidos membros da Comissão Geral.

*(Primeira reunião, 26 de setembro de 2011)*

***Decisão CD51(D4) Adoção da Agenda***

Em conformidade com o Artigo 10 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho aprovou a agenda apresentada pela Diretora, como emendada (Documento CD51/1, Rev. 1).

*(Primeira reunião, 26 de setembro de 2011)*

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do 51º Conselho Diretor, delegado do Panamá, e a secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o Relatório Final em língua espanhola.

REALIZADO em Washington, D.C., Estados Unidos, no dia 30 de setembro de dois mil onze. A Secretária depositará o documento original assinado nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

---

Franklin Vergara Jaén  
Presidente do 51º Conselho Diretor  
Delegado do Panamá

---

Mirta Roses Periago  
Secretária *ex officio* do 51º Conselho Diretor  
Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana

## **AGENDA**

- 1. ABERTURA DA SESSÃO**
  
- 2. ASSUNTOS PROCEDIMENTAIS**
  - 2.1 Nomeação da Comissão de Credenciais
  - 2.2 Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator
  - 2.3 Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS
  - 2.4 Formação 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 o Comitê Executivo ao término dos mandatos da Argentina, Guatemala e Haiti
  
- 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS**
  - 4.1 Programa e Orçamento da OPAS para 2012-2013
  - 4.2 Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana
  - 4.3 Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática
  - 4.4 Plano de Ação sobre Segurança Viária
  - 4.5 Plano de Ação para Reduzir o Uso Perjudicial de Álcool



**4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS** (*cont.*)

- 4.6 Plano de Ação sobre Uso de Substâncias Psicoativas e Saúde Pública
- 4.7 Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia
- 4.8 Estratégia e Plano de Ação para a Malária
- 4.9 Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e a Morbidade Materna Grave
- 4.10 Estratégia e Plano de Ação sobre *e-Saúde*
- 4.11 Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva
- 4.12 Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos

**5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS**

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições
- 5.2 Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do Auditor Externo para 2010
- 5.3 Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2012-2013 e 2014-2015
- 5.4 Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-americana

**6. SELEÇÃO DE ESTADOS MEMBROS PARA JUNTAS OU COMITÊS**

- 6.1 Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

## **7. PRÊMIOS**

7.1 Prêmio OPAS em Administração, 2011

## **8. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO**

8.1 [SUPRIMIDO]

8.2 Consulta Regional sobre a Reforma da OMS

8.3 Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação para Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana

8.4 Relatório sobre a Reunião de Alto Nível da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis

8.5 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:

- A. Imunização: Desafios e Perspectivas
- B. Implantação da Estratégia Mundial e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual
- C. Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco
- D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional
- E. Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas
- F. Situação dos Centros Pan-Americanos
- G. Iniciativa Regional e Plano de Ação para Segurança nas Transfusões para 2006–2010: Avaliação Final

**8. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO** *(cont.)*

8.1 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros:

- A. Estado de Execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
- B. Plano Mestre de Investimentos de Capital

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

- A. 64ª Assembléia Mundial da Saúde
- B. Quadragésimo Primeiro Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos
- C. Organizações sub-regionais

**9. OUTROS ASSUNTOS**

**10. ENCERRAMENTO DA SESSÃO**

## LISTA DE DOCUMENTOS

### Documentos oficiais (em espanhol)

*Documento oficial 338;  
Add. I; Add. II, Rev. 1;  
Add. III; e Add. IV*

Programa e Orçamento da OPAS para  
2012-2013

*Documento oficial 340*

Relatório Financeiro da Diretora e Relatório do  
Auditor Externo para 2010

### Documentos de política dos programas

CD51/1

Agenda

CD51/2

Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo

CD51/3

Relatório Anual do Diretor da Repartição Sanitária  
Pan-Americana

CD51/4

Eleição de três Estados Membros para o Comitê  
Executivo ao término dos mandatos da Argentina,  
Guatemala e Haiti

CD51/5

Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana

CD51/6, Rev. 1

Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança  
Climática

CD51/7, Rev. 1

Plano de Ação sobre Segurança Viária

CD51/8, Rev. 1

Plano de Ação para Reduzir o Uso Perjudicial de  
Álcool

CD51/9

Plano de Ação sobre Uso de Substâncias  
Psicoativas e Saúde Pública

**Documentos de política dos programas** (*cont.*)

CD51/10, Rev. 1	Estratégia e Plano de Ação sobre a Epilepsia
CD51/11	Estratégia e Plano de Ação para a Malária
CD51/12	Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e a Morbidade Materna Grave
CD51/13	Estratégia e Plano de Ação sobre <i>e-Saúde</i>
CD51/14, Rev. 1	Painel de Discussão sobre Maternidade Segura e Acesso Universal à Saúde Sexual e Reprodutiva
CD51/15, Rev. 1 e Add. I	Mesa Redonda sobre a Resistência aos Antimicrobianos
CD51/16 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação de Cotas de Contribuições
CD51/17	Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2012-2013 e 2014-2015
CD51/18	Salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD51/19	Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CD51/20	Prêmio OPAS em Administração, 2011

**Documentos de informação**

CD51/INF/1	[SUPRIMIDO]
CD51/INF/2, Rev. 1 e Add. I, Rev. 1	Consulta Regional sobre a Reforma da OMS

**Documentos de informação (cont.)**

CD51/INF/3	Atualização sobre a Modernização do Sistema de Informação para Gestão da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD51/INF/4	Relatório sobre a Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis
CD51/INF/5	Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos: <ul style="list-style-type: none"><li>A. Imunização: Desafios e Perspectivas</li><li>B. Implantação da Estratégia Mundial e do Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual</li><li>C. Avanços na Implantação da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco</li><li>D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional</li><li>E. Relatório sobre o Cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio Relacionados com a Saúde na Região das Américas</li><li>F. Situação dos Centros Pan-Americanos</li><li>G. Iniciativa Regional e Plano de Ação para a Segurança nas Transfusões 2006-2010: Avaliação Final</li></ul>

**Documentos de informação** (*cont.*)

CD51/INF/6

Relatórios de progresso sobre assuntos  
administrativos e financeiros:

- A. Estado de Execução das Normas  
Internacionais de Contabilidade do Setor  
Público (IPSAS)
- B. Plano Mestre de Investimentos  
de Capital

CD51/INF/7

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

- A. 64ª Assembléia Mundial da Saúde
- B. Quadragésimo Primeiro Período Ordinário de  
Sessões da Assembléia Geral da Organização  
dos Estados Americanos
- C. Organizações sub-regionais

## LIST OF PARTICIPANTS/LISTA DE PARTICIPANTES

### MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

#### ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y BARBUDA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Wilmoth Daniel  
Minister of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
Ministry of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
St. John's

Delegate – Delegado

Mr. Edson Joseph  
Permanent Secretary  
Ministry of Health, Social Transformation and  
Consumer Affairs  
St. John's

#### ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Daniel Yedlin  
Jefe de Gabinete del Ministerio  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Delegates – Delegados

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

Lic. Anahí Navarro  
Asesora  
Secretaría de Determinantes de la Salud  
y Relaciones Sanitarias  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

#### ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos

Dr. Oscar Balverdi  
Ministro de Salud de la Provincia  
de San Juan  
Ministerio de Salud  
San Juan

Lic. Andrea Polach  
Asesora Dirección de Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dr. Aldo Dománico  
Coordinador del Programa de Alcoholismo  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Dra. Laura Waynsztok  
Coordinadora del Programa de Municipios  
y Comunidades Saludables  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires

Sr. Ministro Martín Gómez Bustillo  
Representante Permanente Interino  
de Argentina ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luciano Escobar  
Tercer Secretario, Representante Alterno  
de Argentina ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

#### BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Hubert Alexander Minnis, MP  
Minister of Health  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BAHAMAS (cont.)**

Delegates – Delegados

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

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

Alternates – Alternos

Dr. Pearl McMillan  
Director, Department of Public Health  
Ministry of Health and Social Development  
Nassau

Ms. Alarice Grant  
Attaché  
Embassy of The Bahamas  
Washington, D.C.

**BARBADOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

**BARBADOS (cont.)**

Alternates – Alternos

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

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

Mr. Ricardo Kellman  
First Secretary, Alternate Representative  
of Barbados to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

**BELIZE/BELICE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternate – Alterno

Sra. Fiorella Caldera Gutiérrez  
Primera Secretaria, Permanente Alternativa  
de Bolivia ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

**BRAZIL/BRASIL**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alexandre Padilha  
Ministro de Estado da Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

Delegates – Delegados

Dr. Jarbas Barbosa  
Secretário de Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Alternates – Alternos

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

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Augusto Gadelha  
Diretor do Departamento de Informática do  
SUS (DATASUS)  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dr. Dirceu Brás Aparecido Barbano  
Diretor-Geral da Agência de Vigilância  
Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Dra. Ana Paula Juca da Silveira e Silva  
Chefe do Núcleo de Assuntos Internacionais  
Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Felipe Amaral  
Assessor do Gabinete do Ministro  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sra. Fátima Gomes  
Chefe da Assessoria de Comunicação Social  
Ministério da Saúde  
Brasília

Sr. Milton Vasconcelos  
Chefe do Cerimonial  
Ministério da Saúde  
Brasília

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

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini  
Assesora Internacional, Secretaria de  
Vigilância em Saúde  
Ministério da Saúde  
Brasília

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**BRAZIL/BRASIL (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Gabriela Resendes  
Primeira Secretária  
Missão Permanente do Brasil junto à  
Organização dos Estados Americanos  
Washington, D.C.

**CANADA/CANADÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Paul Gully  
Senior Medical Advisor  
Deputy Minister's Office  
Health Canada  
Ottawa

Delegates – Delegados

Ms. Gloria Wiseman  
Director  
Multilateral Division  
International Affairs Directorate  
Health Canada  
Ottawa

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

Alternates – Alternos

Ms. Elaine Chatigny  
Director General  
Strategic Policy and International  
Health Division  
Public Health Agency  
Ottawa

**CANADA/CANADÁ (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Jamie Baker  
Manager  
Bilateral and Regional Affairs International  
Division  
Public Health Agency  
Ottawa

Mr. Julian Murray  
Senior Director, Americas  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau

Ms. Briggittee D'Aoust  
Program Manager  
Inter-American Program, Americas  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau

Ms. Jocelyne Galloway  
Team Leader (Health)  
Thematic and Sectoral Specialists Division  
Geographic Programs Branch  
Canadian International Development  
Agency  
Gatineau

Mr. Brett Maitland  
Alternate Representative  
of Canada to the Organization of  
American States  
Washington, D.C.

Dr. André Dontigny  
Director  
Public Health Protection  
Ministry of Health and Social Services  
Quebec

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**CHILE**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Luis Castillo  
Subsecretario de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
Santiago

Delegates – Delegados

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

Sr. Darío Paya  
Embajador, Representante Permanente  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Sr. Alberto Rodríguez  
Primer Secretario, Representante Alterno  
de Chile ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

**COLOMBIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Carmen Angulo Chaparro  
Asesora Despacho Viceministra  
Ministerio de la Protección Social  
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

**COSTA RICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

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

**CUBA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sr. Jesús Pérez  
Primer Secretario  
Sección de Intereses  
Washington, D.C.

**DOMINICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Julius Timothy  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Roseau

Delegate – Delegado

Dr. David Johnson  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Roseau

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA  
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Tirsis Quesada  
Viceministra de Desarrollo Estratégico  
Institucional  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Santo Domingo

Delegates – Delegados

Su Excelencia Roberto B. Saladín  
Embajador, Representante Permanente de la  
República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Sra. Laura Brea  
Consejera, Representante Alterno de la  
República Dominicana ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**ECUADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dra. Fátima Franco  
Subsecretaria Regional Costa Insular  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Delegates – Delegados

Sra. Verónica Poveda  
Asesora Ministerial  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

Sra. Claire Lammens  
Asesora Ministerial  
Ministerio de Salud Pública  
Quito

**EL SALVADOR**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**EL SALVADOR (cont.)**

Delegate – Delegado

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

**GRENADA/GRANADA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Ann Peters  
Minister of Health  
Ministry of Health  
St. George's

Delegate – Delegado

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

**GUATEMALA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Sra. Nila Carolina Chavez de Paz  
Psicóloga  
Ministerio de Salud Pública  
y Asistencia Social  
Guatemala

**GUYANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Leslie Ramsammy, M. P.  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Georgetown

Delegates – Delegados

Dr. Marcia Paltoo  
Director of Adolescent Health  
Ministry of Health  
Georgetown

Dr. Vishalya Sharma  
Government Medical Officer  
Ministry of Health  
Georgetown

**HAITI/HAITÍ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

**HONDURAS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Sra. Dra. Yolanda Batres  
Viceministra de Redes y Servicios  
Secretaría de Estado en el Despacho de  
Salud  
Tegucigalpa, M. D.C.

**JAMAICA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer  
Minister of Health  
Ministry of Health  
Kingston

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**JAMAICA (cont.)**

Delegates – Delegados

Dr. Jean Dixon  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Kingston

Dr. Eva Lewis-Fuller  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health  
Kingston

Alternate – Alternos

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

**MEXICO/MÉXICO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mtro. Salomón Chertorivsky Woldenberg  
Secretario de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D. F.

Delegates – Delegados

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
Subsecretario de Prevención  
y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Dra. Alma Eunice Rendón Cárdenas  
Directora General de Relaciones  
Internacionales  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos

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

Dr. Eduardo Jaramillo Navarrete  
Asesor del Secretario de Salud  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

Lic. Karen Aspuru Juárez  
Subdirectora  
Subdirección de Gestión Interamericana  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Lic. Marevna García Arreola  
Jefa del Departamento de  
Cooperación Internacional  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

Sr. Arturo Parra  
Jefe de Información  
Secretaría de Salud  
México, D.F.

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

Min. Luis Alberto del Castillo Bandala  
Representante Alternos de México ante  
la Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**MEXICO/MÉXICO (cont.)**

Alternates – Alternos (cont.)

Mr. Miguel Alonso Olamendi  
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.

Delegate – Delegado

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

**PANAMA/PANAMÁ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Franklin Vergara Jaén  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

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

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

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos

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

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

Sra. Menitza Mandiche  
Segunda Secretaria, Representante Alternata  
de Panamá ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington D.C.

**PARAGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Enrique García de Zuñiga  
Director General de Relaciones  
Internacionales  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Dra. Felicia Cañete  
Directora de Enfermedades  
no Transmisibles  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción



**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**PARAGUAY (cont.)**

Alternates – Alternos

Dr. Cesar Ramón Cabral Mereles  
Director Técnico UNASUR SALUD  
Ministerio de Salud Pública y  
Bienestar Social  
Asunción

Sr. Juan Miguel González  
Ministro  
Representante Alterno de Paraguay  
ante la Organización  
de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

Sr. Luis Carlos García  
Segundo Secretario  
Representante Alterno de Paraguay ante la  
Organización de los Estados Americanos  
Washington, D.C.

**PERU/PERÚ**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Alberto Tejada Noriega  
Ministro de Salud  
Ministerio de Salud  
Lima

Delegates – Delegados

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

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

**PERU/PERÚ (cont.)**

Alternate – Alterno

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

**SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA**

*(absent - ausente)*

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegate – Delegado

Mr. Elvis Newton  
Permanent Secretary  
Health & Social Services  
Basseterre

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. St. Clair Thomas  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

**SURINAME**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Marthelise Eersel  
Director of Health  
Ministry of Health  
Paramaribo

Delegate – Delegado

Dr. Robert Brohim  
Policy Advisor  
Ministry of Health  
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mrs. Antonia Popplewell  
Permanent Secretary  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Delegates – Delegados

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

Mr. Hamid O'Brien  
Advisor to the Minister of Health  
Ministry of Health  
Port-of-Spain

Alternates – Alternos

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

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Howard Koh  
Assistant Secretary for Health  
Department of Health and Human Services  
Washington D.C.

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

Alternates – Alternos

Ms. Sonia Angel  
Special Advisor  
Center for Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

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

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

**MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)**

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

Alternates – Alternos (cont.)

Dr. Isabella Danel  
Associate Director for Program Development  
Center for Global Health  
Centers for Disease Control and Prevention  
Department of Health and Human  
Services  
Washington, D.C.

Mr. Edward Faris  
Program Analyst/Senior Advisor  
Office of Management Policy and Resources  
Bureau of International Organization Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Ms. Natalia Machuca  
Advisor for Infectious Diseases  
Bureau for Latin America and the Caribbean  
US Agency for International Development  
Washington, D.C.

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

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

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

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

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

Ms. Judnefera Rayason  
International Relations Officer  
Office of Human Security  
Bureau of International Affairs  
Department of State  
Washington, D.C.

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

Ms. Alyson Rose-Wood  
International Health Analyst  
Office of Global Health 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.)

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

**URUGUAY**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Venegas  
Ministro de Salud Pública  
Ministerio de Salud Pública  
Montevideo

Delegates – Delegados

Sra. Olga Graziella Reyes  
Representante Interina del Uruguay  
ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Lic. Pedro Albarrán Depablos  
Oficina de Cooperación Técnica  
y Relaciones Internacionales  
Ministerio del Poder Popular para la Salud  
Caracas

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

Alternate – Alterno

Srita. Valentina Martínez  
Abogada  
Misión Permanente de la República  
Bolivariana de Venezuela ante la  
Organización de los Estados  
Americanos  
Washington, D.C.

## **PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES**

### **FRANCE/FRANCIA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

Alternate – Alternos

Mr. Cyril Cosme  
Counselor, Labor and Social Affairs  
Embassy of France  
Washington, D.C.

### **NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

### **NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS (cont.)**

Delegate – Delegado

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

Alternates – Alternos

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

Ms. Monique Kuiperi-van Embden  
Personal Assistant  
Ministry of Health and Sport  
Oranjestad, Aruba

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

### **UNITED KINGDOM/REINO UNIDO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. Nicholas Tomlinson  
Deputy Director  
European Affairs & Global Health  
Department of Health  
London

## **ASSOCIATE STATES/ESTADOS ASOCIADOS**

### **PUERTO RICO**

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

## OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

### **PORTUGAL** *(absent - ausente)*

### **SPAIN/ESPAÑA**

Sra. Carmen Amela Heras  
Directora General de Salud Pública  
y Sanidad Exterior  
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad  
Madrid

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

### **SPAIN/ESPAÑA (cont.)**

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

Sr. Fernando Fernández-Monje  
Becario, Misión Permanente de  
España ante la Organización de los  
Estados Americanos  
Washington, D.C.

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

Dr. Daniel Yedlin  
Jefe de Gabinete del Ministerio  
Ministerio de Salud  
Buenos Aires, Argentina

Dr. St. Clair Thomas  
Chief Medical Officer  
Ministry of Health and the Environment  
Kingstown, St. Vincent and the Grenadines

## **AWARD WINNERS/ GANADORES DE LOS PREMIOS**

### **PAHO Award for Administration, 2011/ Premio OPS en Administración, 2011**

Dr. Edward Greene  
Guyana

### **Abraham Horwitz Award for Excellence in Leadership in Inter-American Public Health, 2011/ Premio Abraham Horwitz a la excelencia en liderazgo en la salud pública interamericana, 2011**

Dr. Peter Hoetz  
United States of America

### **Clarence H. Moore Award Excellence for Voluntary Service, 2011/ Premio Clarence H. Moore a la excelencia en el servicio voluntario, 2011**

Dr. Sue Patterson  
Guatemala

**AWARD WINNERS/  
GANADORES DE LOS PREMIOS (cont.)**

**Manuel Velasco Suárez Award for  
Excellence in Bioethics, 2011/  
Premio Manuel Velasco Suárez a la  
excelencia en la bioética, 2011**

Dra. Laura Adriana Albarelos  
México

**Sérgio Arouca Award for Excellence in  
Universal Health Care, 2011/  
Premio Sérgio Arouca a la excelencia en la  
atención sanitaria universal, 2011**

Integrated Management of Adolescents and  
Adult Illness Program  
Ministry of Health  
Guyana

**Pedro N. Acha Award for Excellence in  
Veterinary Public Health, 2011/  
Premio Pedro N. Acha a la excelencia en la  
salud pública veterinaria, 2011**

Dra. Francisca Samsing  
Chile

**Fred L. Soper Award for Excellence in  
Public Health Literature, 2011/  
Premio Fred L. Soper a la excelencia en la  
bibliografía de salud pública, 2011**

Dra. Ana Lucia Lovadino  
Brasil

**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

**UN Women/ONU Mujeres**

Dr. Michelle Bachelet  
Under-Secretary General  
and Executive Director

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

Dr. Laura Laski

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

**Caribbean Community/  
Comunidad del Caribe**

Mrs. Myrna Bernard  
Dr. Rudolph O. Cummings

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

Ambassador Albert R. Ramdin

**Hipólito Unanue Agreement/  
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Caroline Chang Campos  
Dr. Ricardo Cañizares

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

Ms. Kei Kawabata

**Inter-American Institute for Cooperation on  
Agriculture/  
Instituto Interamericano de Cooperación  
para la Agricultura**

Mr. David Hatch

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

**Latin American Federation of Hospitals/  
Federación Latinoamericana de Hospitales**

Dr. Norberto Larroca

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

Ms. Marcela Gaitán

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

Dr. Rubén Abete

**U.S. Pharmacopeial Convention**

Dr. Damian Cairatti

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

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

Mr. Michael Splaine

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

Dr. Eduardo Pretell

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

Ms. Eva Ruiz de Castilla  
Mr. Julio Campos

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

Ms. Elizabeth Wiley  
Ms. Gabriela Irem Noles Cotito  
Ms. Anne-Sophie Thommeret-Carrière  
Ms. Sandra Sofia Tang Herrera

**International Bureau for Epilepsy  
Oficina Internacional para la Epilepsia**

Dr. Carlos Acevedo

**International Society of Radiographers and  
Radiological Technologists**

Mrs. Rita Eyer

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

Ms. Corry Jacobs  
Mr. Andrew Rudman  
Mr. Mark Grayson  
Mr. Jorge Carrion  
Ms. María del Pilar Rubio  
Ms. Shira Kilcoyne  
Ms. Jacqueline Anne Keith

**World Heart Foundation**

Ms. Diana Vaca McGhie  
Ms. Kelly Worden



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

**International League Against Epilepsy  
Liga Internacional Contra la Epilepsia**

Dr. Marco A. Medina

**World Self Medication Industry**

Dr. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/  
INVITADOS ESPECIALES**

S.A.R. La Infanta Doña Cristina  
Directora del Área Internacional de la  
Fundación "la Caixa" y Presidenta del  
Instituto de Salud Global de Barcelona  
(ISGlobal)

Dr. Aníbal Faúndes  
Coordinator  
Latin American Federation of Obstetrics  
and Gynecology Societies

Dr. Patrick Kelley  
Institute of Medicine

Dr. Susan Foster  
Alliance for the Prudent Use of Antibiotics

Dr. José G. Orozco  
ReAct Latin America

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

Dr. Margaret Chan  
Director-General

Dr. Carissa F. Etienne  
Assistant Director-General, HSS,  
Health Systems and Services

Dr. Mario Raviglione  
Director, STB Stop TB

Dr. Shekhar Saxena  
Director, Mental Health and Substance  
Abuse, MSD

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

Dr. Ian Michael Smith  
Advisor to Director-General, DGO

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

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

Dr. Mirta Roses Periago

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

Dr. Jon Kim Andrus  
Deputy Director  
Director Adjunto

Dr. Socorro Gross  
Assistant Director  
Subdirectora

Mr. Guillermo Birmingham  
Director of Administration  
Director de Administración

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

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

- - -