



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS Américas

154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 16 a 20 de junho de 2014

CE154/FR
20 de junho de 2014
Original: inglês

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	5
Assuntos relativos ao Regulamento	
Mesa Diretora.....	6
Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões.....	6
Representação do Comitê Executivo no 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	6
Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	7
Assuntos relativos ao Comitê	
Relatório sobre a Oitava Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração	8
Prêmio OPAS em Administração (2014).....	9
Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS.....	9
Relatório Anual do Escritório de Ética (2013)	11
Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS.....	12
Nomeação de um Membro do Comitê de Auditoria da OPAS.....	15
Assuntos relativos à Política dos Programas	
Relatório Final Preliminar do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013	15
Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado (Rascunho).....	18
Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde.....	20
Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro	23
Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação	26
Plano de Ação sobre Saúde Mental	28
Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes	29
Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas.....	32
Plano de Ação para Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais	35
Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária	37
Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde.....	39
Assuntos Administrativos e Financeiros	
Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas.....	43
Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013	43

ÍNDICE (cont.)*Página***Assuntos Administrativos e Financeiros (cont.)**

Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação	49
Financiamento de Seguro-Saúde Pós-serviço da OPAS	50
Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro	52
Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS	54
Plano Mestre de Investimentos de Capital.....	54
Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA.....	55

Assuntos de Pessoal

Modificações ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA.....	57
Estatísticas sobre a Dotação de Pessoal da RSPA	57
Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS	58

Assuntos de Informação

Atualização sobre a Reforma da OMS.....	59
Relatório de Avaliação do Programa e Orçamento da OMS 2012-2013.....	62
Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015	63
Relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS	66
Sistematização dos Mandatos da OPAS (Documento CE154/INF/5)	67
Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:	
A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática.....	68
B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas.....	68
C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave.....	69
D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	69
E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e outras Infecções Relacionadas à Pobreza.....	71
F. Plano de Ação para Hospitais Seguros.....	71
G. Situação dos Centros Pan-Americanos.....	72
Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:	
A. 67ª Assembleia Mundial da Saúde	72
B. Organizações Sub-regionais	73

Encerramento da Sessão.....	74
------------------------------------	-----------

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções e Decisões**Resoluções**

CE154.R1	Arrecadação das Contribuições Fixas	74
CE154.R2	Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes	75
CE154.R3	Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS.....	77
CE154.R4	Situação e o Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro	78
CE154.R5	Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação.....	79
CE154.R6	Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA	82
CE154.R7	Uso do Saldo Decorrente da Conclusão de Projetos da Conta Especial.....	83
CE154.R8	Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS	84
CE154.R9	Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais	85
CE154.R10	Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA	87
CE154.R11	Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária	88
CE154.R12	Plano de Ação sobre Saúde Mental	90
CE154.R13	Prêmio OPAS em Administração (2014)	93
CE154.R14	Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas	94
CE154.R15	Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado.....	97
CE154.R16	Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro.....	98
CE154.R17	Estratégia para Cobertura Universal de Saúde	101
CE154.R18	Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas	105

Decisões

CE154(D1)	Adoção da Agenda	106
CE154(D2)	Representação do Comitê Executivo no 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.....	106

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 154^a Sessão do Comitê Executivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi realizada na sede da Organização em Washington, D.C., de 16 a 20 de junho de 2014. Participaram da sessão os delegados dos seguintes nove membros do Comitê Executivo eleitos pelo Conselho Diretor: Bahamas, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, El Salvador, Equador, Jamaica e Paraguai. Representantes dos seguintes Estados membros, Estados participantes e Estados observadores assistiram como observadores: Argentina, Barbados, Colômbia, Espanha, Estados Unidos da América, França, México, Peru e Venezuela (República Bolivariana da). Além disso, estiveram representadas uma agência das Nações Unidas, uma organização intergovernamental e oito organizações não governamentais.
2. O Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Brasil, Presidente do Comitê Executivo) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. Ele assinalou com pesar o falecimento do Dr. Ciro de Quadros, um líder no campo da imunização que esteve à frente dos esforços regionais para erradicar a poliomielite e outras doenças imunopreveníveis. Em vez do tradicional minuto de silêncio, ele pediu que o Comitê desse uma salva de palmas, que parecia um tributo mais adequado à vida e obra do Dr. de Quadros, um verdadeiro herói da saúde pública.
3. O Comitê irrompeu num prolongado aplauso em memória do Dr. Ciro de Quadros.
4. A Dra. Carissa Etienne (Diretora, Repartição Sanitária Pan-Americana [RSPA]), também deu as boas-vindas aos participantes e informou que, embora enfrentando significativas dificuldades financeiras, a Repartição havia registrado progresso tangível em vários assuntos de política, técnicos e administrativos desde a sessão do Comitê realizada em junho de 2013. Além disso, a Organização conseguiu manter um nível excepcional de desempenho, conforme evidenciado pela avaliação dos resultados obtidos com o Plano Estratégico 2008-2013, os quais mostram que foram atingidas mais de 90% das metas estabelecidas para o período. Ela destacou algumas das ações que a Repartição havia realizado na promoção dos esforços regionais para obter a cobertura universal de saúde, assegurar acesso a vacinas, ajudar os países a responder a desastres e apoiar os Estados membros no enfrentamento de novos desafios em áreas como controle do tabaco e regulação da comercialização de alimentos. Ela também destacou as medidas tomadas para monitorar o progresso da Repartição na implementação das recomendações de auditoria, implementar o Sistema de Informação Gerencial da RSPA (PMIS) e aumentar a mobilização de recursos.
5. Ela assinalou que o Comitê iria discutir várias questões importantes sobre as quais a recém-concluída Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde havia adotado decisões e resoluções com implicações importantes para os Estados membros e a

Repartição, inclusive a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 e o quadro para a interação da OMS com atores não estatais.

6. O Comitê também consideraria vários importantes assuntos da política de programas, inclusive estratégias sobre cobertura universal da saúde e legislação relacionada com a saúde e planos de ação sobre saúde mental, prevenção da obesidade em crianças e adolescentes e deficiências e reabilitação. Ela previa uma rica discussão sobre todos esses assuntos e enfatizou que a Repartição valorizava a orientação recebida dos Estados membros e aguardava com interesse sua contínua participação ativa na governança da Organização.

Assuntos relativos ao Regulamento

Eleição da Mesa Diretora

7. Os seguintes membros eleitos na 153ª Sessão do Comitê continuaram exercendo seus cargos durante a 154ª Sessão:

<i>Presidente:</i>	Brasil	(Dr. Jarbas Barbosa da Silva)
<i>Vice-Presidente:</i>	Canadá	(Sr. Robert Shearer)
<i>Relatora:</i>	Chile	(Sr. Francisco Devia)

8. A Diretora atuou como Secretária ex officio e o Dr. Jon Kim Andrus (Diretor Adjunto, RSPA) atuou como Secretário Técnico.

Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões (Documentos CE154/1, Rev. 2 e CE154/WP/1)

9. O Comitê adotou a agenda provisória contida no Documento CE154/1, Rev. 2 sem alterações; o Comitê também adotou um programa de reuniões (CE154/WP/1) (Decisão CE154[D1]).

Representação do Comitê Executivo no 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE154/2)

10. De acordo com o artigo 54 do Regulamento, o Comitê Executivo designou Brasil e Canadá, seu Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Costa Rica e Paraguai foram eleitos como representantes suplentes (Decisão CE154[D2]).

Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas (Documento CE154/3, Rev. 1 e Rev. 2)

11. A Srta. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório de Órgãos Diretores, RSPA) apresentou a agenda provisória do 53º Conselho Diretor, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, contida no Documento CE154/3, Rev. 1, assinalando que a Repartição passaria os itens sobre alocação de espaço no orçamento estratégico da OMS, consulta regional sobre interação da OMS com atores não estatais, agenda de desenvolvimento pós-2015 e implementação do Regulamento Sanitário Internacional de assuntos de informação para assuntos relativos à política dos programas, conforme recomendado pelo Comitê Executivo durante essa sessão (veja os parágrafos 256 a 269, 277 a 290 e 311 a 317 abaixo). A Repartição sugeriu que os itens 5.3, “Financiamento do seguro-saúde pós-serviço da OPAS,” e 8.6, “Relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS” fossem retirados da agenda e que os relatórios sobre esses dois assuntos fossem apresentados como parte do relatório anual do Presidente do Comitê Executivo. O Comitê poderia tratar outros itens da mesma maneira.

12. Na discussão que se seguiu, expressou-se preocupação com o grande número de itens substantivos na agenda e destacou-se a necessidade de priorizar. Alguns delegados indicaram que não haveria tempo suficiente para discutir tantos itens com o nível necessário de entendimento e atenção, e vários lembraram que, em resultado de uma agenda extraordinariamente longa, a recém-concluída Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde não teve tempo para discutir vários assuntos importantes, apesar das longas horas de trabalho. Outros expressaram a opinião de que todos os assuntos relativos à política dos programas eram muito importantes e deviam ser discutidos, mesmo se isso significasse trabalhar desde manhã cedo até a noite. Solicitou-se que a Repartição assegurasse que os serviços de interpretação estivessem disponíveis para acomodar a prorrogação do horário. Solicitou-se também que a Repartição assegurasse que os itens que exigissem a adoção de uma resolução ou outra ação por parte do Conselho Diretor fossem programados para discussão durante os três primeiros dias da semana, quando os Ministros da Saúde provavelmente estariam presentes.

13. Solicitou-se que a Repartição incluísse como um item substantivo da agenda um relatório sobre o Fundo Rotativo da OPAS para Aquisição de Vacinas, conforme sugerido durante uma reunião informal sobre o Fundo. Expressou-se apoio à inclusão do item sobre agenda de desenvolvimento pós-2015 como um assunto relativo à política dos programas, mas alguns delegados eram contra a adoção de uma resolução sobre o tema, indicando que uma resolução global havia sido adotada na Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde¹ e que a adoção de uma resolução regional poderia criar confusão. Outros delegados consideraram importante estabelecer uma clara posição regional sobre o tema na forma de uma resolução. Solicitou-se que, se fosse proposta uma resolução, esta deveria ser submetida à consideração dos Estados membros bem antes do 53º Conselho Diretor. Tendo em vista as discussões em andamento dentro do Grupo de

¹ Resolução WHA67.14 (2014).

Trabalho da OMS sobre Alocação de Espaço no Orçamento Estratégico, considerou-se preferível que esse item continuasse como assunto de informação.

14. Solicitou-se esclarecimento do enfoque proposto para consultas regionais sobre a interação da OMS com atores não estatais e do procedimento para concluir as consultas com os Estados membros sobre as estratégias para cobertura universal de saúde e legislação relacionada com a saúde e o plano de ação para saúde em todas as políticas no período antes do Conselho Diretor (veja os parágrafos 74 a 89, 134 a 145 e 163 a 176 abaixo).

15. A Srta. Huerta afirmou que uma reunião informal seria realizada logo após o encerramento da 154ª sessão do Comitê para discutir o enfoque a ser adotado na consulta regional sobre a interação da OMS com atores não estatais. A Repartição tencionava propor que a consulta fosse feita por meio eletrônico antes do Conselho Diretor. Seria elaborado um documento que refletisse as opiniões expressadas durante a consulta, que constituiria a base para a discussão do tema pelo Conselho Diretor. De modo a otimizar o uso do tempo, a mesa-redonda sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 poderia ocorrer numa sessão paralela durante a semana do Conselho Diretor e o documento resultante dessa sessão seria discutido em plenário pelo Conselho. A Repartição asseguraria que os itens que exigissem uma decisão estivessem programados para discussão no início da semana e examinaria maneiras de agilizar a consideração dos relatórios de progresso e outros assuntos de informação.

16. O Comitê decidiu que os itens sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 e o Regulamento Sanitário Internacional passariam a assuntos relativos à política dos programas e um item sobre o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas seria acrescentado a essa seção da agenda; que os itens sobre interação da OMS com atores não estatais e alocação de espaço no orçamento estratégico continuariam como assuntos de informação; e que os itens 5.3 e 8.6 seriam excluídos da agenda, conforme sugerido pela Repartição. Essas decisões estão refletidas no Documento CE154/3, Rev. 2 e na Resolução CE154.R18.

Assuntos relativos ao Comitê

Relatório sobre a Oitava Sessão do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (Documento CE154/4)

17. O Dr. Fenton Ferguson (Jamaica, Presidente do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (SPBA) realizou sua Oitava Sessão em 19 e 20 de março de 2014. O Subcomitê discutiu vários importantes assuntos financeiros, administrativos e programáticos, inclusive o esboço do relatório final sobre o Plano Estratégico da OPAS para 2008-2013 e a avaliação de fim do biênio do programa e orçamento 2012-2013, financiamento de seguro-saúde pós-serviço para funcionários aposentados da OPAS, Plano Diretor de Investimento de Capital e o projeto de modernização do Sistema de Informação Gerencial da RSPA. O Subcomitê também discutiu a reforma da OMS e

recomendou um candidato para substituir um membro do Comitê de Auditoria. Assinalou que, como todos os assuntos discutidos pelo Subcomitê também estavam na agenda do Comitê Executivo, ele informaria sobre os mesmos à medida que fossem considerados pelo Comitê.

18. Os Membros do Comitê Executivo sublinharam a importância do trabalho do Subcomitê para a gestão da OPAS, aplaudiram sua contribuição à integridade e transparência e viam com satisfação a flexibilidade e abertura de seus métodos de trabalho. Com relação à consideração pelo Subcomitê da admissão de novas organizações não governamentais (ONGs) para manter relações oficiais com a OPAS, enfatizou-se que qualquer conflito de interesses deve ser identificado e abordado.

19. A Diretora expressou gratidão aos membros do Subcomitê por seu compromisso e atenção a detalhes no cumprimento de seu trabalho.

20. O Comitê Executivo agradeceu ao Subcomitê por seu trabalho e tomou nota do relatório.

Prêmio OPAS em Administração (2014) (Documentos CE154/5 e CE154/5, Add. I)

21. O Sr. Diogo Alves (Brasil) informou que o Comitê do Prêmio OPAS em Administração (2014), incluindo representantes do Brasil, Chile e Jamaica, reuniu-se em 18 de junho de 2014. Após examinar a informação sobre os candidatos indicados pelos Estados membros, o Comitê havia decidido conferir o Prêmio OPAS em Administração (2014) ao Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, do México, por sua contribuição à administração de serviços de saúde e educação médica, bem como por sua liderança no campo da vigilância epidemiológica e sistemas de informação sanitária.

22. O Comitê Executivo congratulou o Dr. Lezana Fernández e adotou a Resolução CE154.R13, tomando nota da decisão do Comitê e transmitindo seu relatório (Documento CE154/5, Add. I) ao 53º Conselho Diretor.

Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS (Documento CE154/6, Rev. 1)

23. A Srta. Natalie St. Lawrence (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que, de acordo com o procedimento estipulado nos Princípios que Governam as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as organizações não governamentais, o Subcomitê realizou uma reunião reservada durante a sua Oitava Sessão para considerar a solicitação de três organizações não governamentais (ONGs) que buscavam manter relações oficiais com a OPAS e examinar o status de três ONGs que atualmente mantêm relações oficiais com a Organização. O Subcomitê havia recomendado que o Comitê Executivo admitisse o American College of Health Care Executives, a American Speech Language Hearing Association e o Consumers International Regional Office for Latin America and the Caribbean para manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos e que a OPAS

continuasse mantendo relações oficiais com a Confederação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABIOCI), a rede EMBARQ para transporte sustentável do World Resources Institute e a National Alliance for Hispanic Health, também por um período de quatro anos. Tendo em vista algumas preocupações expressadas durante a reunião reservada, o Subcomitê também recomendou que a Repartição proporcionasse ao Comitê Executivo informações atualizadas sobre a proposta de plano de trabalho quadrienal com a COLABIOCI.

24. O Dr. Mauricio Pardón, (Diretor Interino, Departamento de Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) informou que o plano quadrienal de colaboração revisado submetido pela COLABIOCI foi examinado e aceito pelos departamentos técnicos relevantes da Repartição. Portanto, solicitou-se que o Comitê Executivo aceite a recomendação do Subcomitê no sentido de renovar as relações oficiais com a Confederação. O Dr. Jean-Marc Gabastou (Assessor de Serviços Laboratoriais de Saúde Pública, RSPA) expressou a satisfação da Repartição com sua colaboração com a COLABIOCI por mais de 20 anos e afirmou que o novo plano estava em plena conformidade com as estratégias da Organização.

25. Representantes de três organizações não governamentais cujas relações oficiais com a OPAS foram examinadas pelo Subcomitê fizeram breves declarações sobre sua colaboração com a Organização. A National Alliance for Hispanic Health, uma rede destinada a melhorar a saúde e bem-estar dos hispânicos nos Estados Unidos da América mediante ações baseadas na comunidade, defesa de causas e pesquisa, aguardava com interesse a continuação de suas relações com a OPAS. A American Speech-Language-Hearing Association, representando profissionais e estudantes nos campos de patologia da fala e linguagem, fonoaudiologia e ciência da fala e audição, via com satisfação a possibilidade de trabalhar com a OPAS nessas áreas. O American College of Health Care Executives estava trabalhando com funcionários da OPAS e outros peritos internacionais para desenvolver um quadro de competências para gerentes de serviços de saúde. A resultante Lista Global de Competências para Gestão em Saúde serviria como instrumento para avaliar as competências que os gerentes devem ter para chefiar suas organizações e promover a profissão de gestão de serviços de saúde em seus países. A revisão da RSPA melhorou a lista assegurando a inclusão de competências de saúde pública.

26. Um representante da Associação Interamericana de Engenharia Sanitária e Ambiental (AIDIS) comentou que a área de água, saneamento e meio ambiente parecia ter sido relegada a um segundo plano nos esforços para obter cobertura universal de saúde. Milhões de pessoas nas Américas ainda eram afetadas pela falta de acesso a água potável e serviços de saneamento, doenças transmitidas pela água ou por vetores que se reproduzem na água, disposição inadequada de resíduos sólidos e poluição do ar. Era preciso obter informações mais exatas sobre a situação de água e saneamento para elaborar metas, planos e programas para atender as necessidades. A AIDIS continuaria a colaborar com os programas técnicos da OPAS nessas questões. Ele convidou representantes da Repartição e dos Estados membros a participar do 34º Congresso

Interamericano de Engenharia Sanitária e Ambiental, a ser realizado em novembro de 2014 em Monterrey, México.

27. A Diretora expressou gratidão a todas as organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS, indicando que constituíam um importante recurso para melhorar a cooperação técnica da Organização.

28. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE154.R8, endossando a recomendação do Subcomitê.

Relatório Anual do Escritório de Ética (2013) (Documento CE154/7)

29. O Sr. Philip MacMillan (Gerente, Escritório de Ética, RSPA) apresentou uma visão geral do relatório anual do Escritório de Ética, assinalando que o Escritório havia respondido a 85 consultas dos funcionários sobre questões éticas, 54 relatórios, sendo 38 anônimos, sobre comportamentos que despertaram possíveis preocupações éticas e 34 relatórios sobre roubo ou perda de bens da OPAS e fraude ou tentativa de fraude por pessoas de fora da Organização, com uma perda total para a OPAS de US\$ 16.041.² Em fevereiro de 2013 o Escritório emitiu o folheto “Tolerância Zero com a Fraude e Corrupção,” para deixar claro que todos os casos suspeitos seriam investigados e as necessárias medidas disciplinares seriam tomadas. O documento apresenta mais detalhes sobre essas questões.

30. Olhando para o futuro, em 2014 o Escritório de Ética implementaria um novo programa de divulgação, incluindo a administração de um questionário de declaração de interesse aos funcionários selecionados. Também emitiria um série de folhetos, preparados em resposta a uma sugestão do Comitê de Auditoria, sobre conflitos de interesses, emprego e atividades externas e presentes e hospitalidade. O Escritório de Ética continuaria a trabalhar com outros membros do Sistema de Integridade e Gestão de Conflitos da RSPA (ICMS) para melhorar o sistema de administração interna de justiça e considerar se seria benéfico estabelecer pontos focais em cada centro e escritório de país.

31. O Comitê Executivo aplaudiu os esforços do Escritório de Ética para inculcar padrões éticos mais elevados e uma cultura de prestação de contas na Organização. Elogiou-se o grande número de eventos de capacitação sobre comportamento ético e aceitável. Uma delegada sugeriu que os futuros relatórios deveriam conter mais informações sobre por que as pessoas roubam ou cometem fraude e recomendações para fortalecer os controles internos para limitar oportunidades de roubo ou perda. Via com satisfação o alto índice de uso da linha de emergência para questões éticas, mas assinalou que o anonimato pode tornar o processo de investigação mais complexo; também indagou sobre o nível de conscientização, por parte do pessoal, da proteção contra retaliação concedida aos denunciantes. Foram formuladas perguntas sobre o cronograma para atualização do Código de Princípios Éticos e Conduta, o plano para criar uma política de

² Salvo indicação em contrário, todos os valores monetários neste relatório são expressos em dólares dos Estados Unidos.

conduta apropriada no local de trabalho e os recursos humanos disponíveis para o Escritório de Ética.

32. O Sr. MacMillan explicou que o Escritório de Ética registrava e notificava todos os roubos e perdas, mesmo se a perda não fosse financeiramente significativa, e indicou que, embora o número de casos de fraude e roubo tenha aumentado em 2014, o valor financeiro era pequeno. Grande proporção dos casos relacionava-se a perda ou roubo de livros produzidos pelo Programa Ampliado de Livros Didáticos e Materiais de Instrução (PALTEX) e, segundo os termos do acordo com a OPAS, os pontos de venda eram obrigados a reembolsar a Organização.

33. Ele explicou que o anonimato era considerado a melhor proteção para os que denunciavam casos de má conduta e assinalou que o Escritório conseguiu investigar casos e inquirir pessoas que os haviam denunciado mantendo seu anonimato. Ele reconheceu que talvez fosse necessário proporcionar capacitação especializada aos gerentes sobre a política da RSPA sobre proteção de pessoas que denunciavam más condutas ou cooperavam numa investigação.

34. A atualização do Código de Princípios Éticos e Conduta da OPAS, em vigor desde 2006, seria um grande empreendimento, mas o Escritório tencionava registrar significativo progresso neste ano. Quanto às futuras ações, todas as tarefas mencionadas no relatório deviam ser concluídas em 2014. No tocante aos recursos humanos, desde a sua criação em 2006 o Escritório de Ética contava com dois funcionários. Esse número aumentou para três em 2014 com os serviços de um profissional de curto prazo. Isso tornava o Escritório de Ética comparativamente pequeno, tanto em relação ao seu duplo mandato de assessoria e investigação quanto em comparação com outras organizações internacionais. Em termos de orçamento, foram alocados US\$ 133.500 no biênio precedente; para 2015 a cifra é US\$ 90.000. O Escritório reconheceu as limitações financeiras que a Organização enfrenta e estava tentando se adaptar a elas, mas esperava que a administração o apoiasse assegurando os recursos necessários para cumprir seu mandato, devendo-se assinalar que um ambiente ético é eficaz em função do custo.

35. A Diretora enfatizou a importância do trabalho do Escritório de Ética, concordando em que ainda era preciso continuar educando os funcionários. Criar uma cultura de abertura, tolerância e respeito e o entendimento do que constitui um comportamento aceitável num ambiente de trabalho diverso era um exercício vertical. Os funcionários devem ser incentivados a falar abertamente sem medo de represálias, e devem estar conscientes da proteção concedida pela Repartição aos que denunciam má conduta ou desonestidade.

36. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE154/8)

37. A Srta. Amalia Lo Faso (Presidente, Comitê de Auditoria da OPAS) resumiu o conteúdo do relatório do Comitê de Auditoria, chamando a atenção para as nove

recomendações do Comitê. Ela informou que o Comitê de Auditoria havia avaliado o trabalho do Auditor Externo, concluindo que havia sido realizado em conformidade com o mandato atribuído pelo Conselho Diretor e de acordo com padrões profissionais. O Comitê havia examinado vários relatórios do Auditor Externo e discutido com a equipe de auditoria quando necessário. Como o Auditor Externo, o Comitê de Auditoria observou continuidade e bons relatórios sobre a situação financeira da OPAS, particularmente nas demonstrações financeiras de 2013.

38. O Comitê de Auditoria também estava satisfeito com as atividades de auditoria interna proporcionadas pelo Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (IES), assinalando em particular a boa relação com o Escritório do Auditor Externo, o que evitava a sobreposição. O Comitê de Auditoria estava satisfeito com a melhoria do acompanhamento e implementação das recomendações do Escritório de Supervisão Interna. Embora apoiasse a mudança no papel do IES, deixando de realizar avaliações e passando a atuar como ponto focal para padrões de avaliação e orientação, o Comitê de Auditoria considerava que nenhuma avaliação significativa ou lição aprendida havia sido submetida à alta administração em 2013 e que era preciso realizar mais ações para construir uma cultura de avaliação em toda a Organização. O progresso também foi lento na integração da gestão de risco aos processos da Organização.

39. No tocante ao projeto Mais Médicos entre Brasil e Cuba, o Comitê de Auditoria assinalou o progresso feito entre o primeiro e o segundo relatório recebido, mas achava que era preciso monitorar os riscos legais e desenvolver um plano de contingência para todos os riscos de reputação. O Comitê de Auditoria também considerou que os prazos muito restritos para lançamento do Sistema de Informação Gerencial da RSPA constituíam um risco, cuja gestão requer contínuo apoio gerencial e controle orçamentário. Na área de ética e fraude, o Comitê de Auditoria instou o Escritório de Ética a concluir o mais breve possível os folhetos planejados sobre conflito de interesses e recebimento de presentes e hospitalidade (veja o parágrafo 30 acima).

40. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o relatório e as recomendações do Comitê de Auditoria e instou a Repartição a implementá-las em breve. Em particular, o Comitê aplaudiu a recomendação de envidar mais esforços para criar uma cultura de avaliação na Organização. Ao mesmo tempo, solicitou-se esclarecimento acerca da prática referente ao concurso para nomeação de membros do Comitê de Auditoria, abordada na recomendação 1. Uma delegada indicou que em outras organizações internacionais os membros do comitê de auditoria geralmente não estavam envolvidos no processo de seleção de novos membros, conforme previsto na recomendação 1(c).

41. Assinalou-se que o Fundo Rotativo da OPAS para Aquisição de Vacinas foi auditado pela última vez em 2009, e solicitou-se informação sobre a frequência dessas auditorias. Uma delegada perguntou que escritório lidava com as considerações éticas dos projetos. Outro delegado observou que, já que um ambiente de redução de recursos provocava cada vez mais cortes nos projetos e programas, no final não restaria nada a ser auditado; nesse contexto, a Organização precisava se perguntar se estava gastando o valor certo em avaliação e auditoria — nem a mais nem a menos.

42. O Delegado do Brasil via com bons olhos a atenção e as recomendações do Comitê de Auditoria sobre o projeto Mais Médicos. Contudo, não estava certo quanto à recomendação de uma avaliação independente do projeto. Ele afirmou que o Governo envidaria todos os esforços para assegurar a transparência do projeto, que era uma iniciativa altamente visível de grande importância nacional.

43. A Srta. Lo Faso afirmou que, no caso de um programa ou projeto da importância e escala do Mais Médicos, o Comitê de Auditoria considerou que seria vantajoso para todas as partes ter uma avaliação independente envolvendo peritos externos capazes de fazer uma avaliação técnica isenta. Contudo, insumos do Brasil e de Cuba seriam bem recebidos. Quanto à recomendação 1(c), era considerada boa prática consultar os membros do comitê de auditoria sobre a nomeação de novos membros, pois tinham amplo conhecimento sobre os candidatos. Essa era a prática em vários organismos internacionais em cujos comitês de auditoria ela atuou. Ela esclareceu que os membros de um comitê de auditoria não estariam envolvidos na decisão, mas somente proporcionariam assessoria.

44. A Diretora explicou que, embora importantes avaliações fossem realizadas dentro da RSPA, cobrindo vários escritórios, entidades e programas, e embora o Departamento de Programa e Orçamento assegurasse a inclusão de um componente de avaliação em cada programa, plano de ação e projeto, faltava liderança no Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação para orientar a realização das avaliações e assegurar que suas conclusões fossem aplicadas. Ela assumiu o compromisso de assegurar a adoção de medidas para superar essas deficiências.

45. A avaliação das implicações éticas dos projetos não cabia somente ao Escritório de Ética. O Programa Regional de Bioética compartilhava a responsabilidade por assegurar a consideração de todas as questões éticas de um projeto.

46. Não havia uma disposição sobre a frequência das auditorias do Fundo Rotativo, mas uma auditoria podia ser programada para 2015. Ela assegurou ao Comitê que consultava regularmente o Auditor Interno acerca das áreas de risco que não haviam sido auditadas externa ou internamente.

47. A equipe de auditoria precisava ser ampliada, em particular para cobrir o Mais Médicos. Contudo, mesmo com seus recursos atuais de auditoria, a RSPA tinha ampla auditoria, mais do que a OMS. Além disso, enquanto a OMS tende a realizar auditorias funcionais, os auditores da RSPA, tanto os internos quanto os externos, viajavam para realizar auditoria no local, provavelmente dando-lhes maior conhecimento dos processos do que no caso dos auditores da OMS.

48. Os Estados membros continuaram a solicitar maior transparência e prestação de contas por parte da Repartição, e certamente era necessário assegurar a auditoria periódica de áreas de alto risco, mas também era preciso buscar certo equilíbrio: os Estados membros querem que as auditorias assegurem que suas contribuições estão sendo

bem aplicadas, mas aumentar as despesas com avaliações significa menos recursos para cooperação técnica.

49. O Comitê agradeceu ao Comitê de Auditoria o trabalho realizado e tomou nota do relatório.

Nomeação de um Membro do Comitê de Auditoria da OPAS (Documento CE154/9)

50. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) indicou que o Subcomitê havia sido informado de que o mandato de um dos membros originais designado para o Comitê de Auditoria em 2009 expiraria em junho de 2014 e que, portanto, o Comitê Executivo precisava nomear outro membro durante sua 154ª Sessão. O Subcomitê estabeleceu um grupo de trabalho incluindo representantes de Dominica, El Salvador e Estados Unidos da América para examinar a documentação sobre os três candidatos identificados pela Diretora de acordo com os termos de referência do Comitê de Auditoria. Após escutar o relatório do grupo de trabalho, o Subcomitê decidiu recomendar ao Comitê Executivo que nomeie o Sr. Nicholas Treen como membro do Comitê de Auditoria por um período de três anos. O Subcomitê endossou o Sr. Werner Kiene como candidato suplente para consideração.

51. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE154.R3, designando o Sr. Nicholas Treen para o Comitê de Auditoria por um período de três anos, a partir de junho de 2014.

Assuntos relativos à Política dos Programas

Relatório Final Preliminar do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013 (Documento CE154/10)

52. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado uma proposta de avaliação e relatório final do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e avaliação do programa e orçamento 2012-2013 e havia recebido alguns dos resultados preliminares da avaliação final. O Subcomitê endossou o formato e enfoque proposto para compilar o relatório. Também sugeriu que a Repartição realize uma análise qualitativa dos motivos pelos quais alguns resultados não foram alcançados, examinando em particular se estavam relacionados com fundos insuficientes, obstáculos administrativos e procedimentais ou dificuldades na implementação.

53. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Programa e Orçamento, RSPA) apresentou o relatório de avaliação final do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013. Ele explicou que o relatório se baseava nos dois relatórios de progresso apresentados aos órgãos diretores no fim dos biênios 2008-2009 e 2010-2011 e incorporava as recomendações dos Estados membros relativas a esses relatórios, acrescentando que o Plano Estratégico 2008-2013 foi o primeiro a ser elaborado, implementado e avaliado em conformidade com o quadro de gestão baseada em resultados da RSPA. Sua avaliação final era um componente importante da prestação de contas da Organização aos Estados

membros. A avaliação indicou importantes lições que contribuiriam para melhorar a eficácia e mensuração do trabalho da OPAS.

54. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o importante progresso obtido nos 16 objetivos estratégicos do Plano Estratégico 2008-2013, particularmente a redução do HIV, tuberculose e malária. A produção do relatório foi considerada um importante exercício que permitiria que a Repartição e os Estados membros refletissem e aprendessem com os êxitos e fracassos. Assinalou-se que o relatório indicava a necessidade de melhorias nos quadros de monitoramento e avaliação, em conformidade com os princípios de transparência e prestação de contas. Como os fatores que contribuíram para o fracasso em varias áreas incluíam indicadores de baixa qualidade e metas irrealistas, incentivou-se a Repartição a assegurar que os futuros indicadores fossem significativos, realistas, mensuráveis e relacionados com os resultados de suas atividades em termos de saúde. Embora tenha sido registrado importante progresso na gestão baseada em resultados, alguns delegados consideraram que questões importantes ainda requeriam atenção para consolidar o enfoque em todos os níveis da organização; em particular, a documentação sistemática e aplicação de lições aprendidas deviam ser melhoradas. Solicitou-se informação sobre as referências no relatório à falta de uma estratégia integrada de mobilização de recursos e também sobre o conceito de parceiros não tradicionais.

55. Reconheceu-se que, embora o relatório revelasse grande progresso na melhoria da saúde, era preciso realizar mais ações para abordar importantes metas do Plano Estratégico 2008-2013 que ainda não haviam sido atingidas, notadamente a redução da mortalidade materna. Nesse sentido, enfatizou-se a necessidade de fortalecer sistemas integrados de saúde, melhorar as condições de acesso, equidade e solidariedade e melhorar os sistemas de informação e destacou-se a necessidade de abordar deficiências nas áreas urbanas desfavorecidas, bem como nas áreas rurais. Os delegados endossaram a opinião expressada no relatório de que, para assegurar adequada detecção e gestão das emergências de saúde pública de interesse internacional, os Estados membros, com apoio da Repartição, devem aumentar suas capacidades nacionais em conformidade com os requisitos do IHR. Para assegurar que os ganhos obtidos durante o período sejam sustentáveis, considerou-se essencial fortalecer os sistemas nacionais de saúde de modo a proporcionar serviços de saúde integrados e abrangentes, particularmente no âmbito local, onde as necessidades eram maiores. Assinalou-se também que, mesmo em áreas de maior êxito, como na redução das doenças imunopreveníveis, ainda havia trabalho a ser feito, por exemplo, assegurar vacinas a preços mais acessíveis. Solicitou-se informação sobre o impacto dos acordos de livre comércio sobre a saúde e o acesso a recursos sanitários na Região.

56. Tendo em vista as atuais restrições fiscais, sublinhou-se a necessidade de um enfoque realista para definir as prioridades programáticas. Também se considerou importante para a RSPA explorar enfoques inovadores e integrados para a cooperação técnica regional e com cada país. Os delegados destacaram a importância de continuar as discussões sobre a alocação de recursos entre as regiões da OMS, com base em critérios

mais objetivos para as Américas. Enfatizou-se que, embora a Região tenha obtido considerável êxito em comparação com outras, não devia ser penalizada por seu êxito mediante redução da alocação da OMS. Ao mesmo tempo, assinalou-se que os países deviam tentar manter o que foi obtido e demonstrar que estavam fazendo bom uso dos recursos da Região. Sugeriu-se que poderia ser útil proporcionar um relatório individual a cada Estado membro sobre seu desempenho na obtenção dos resultados esperados da Região em 2008-2013, para assegurar que cada país tenha plena consciência do que conseguiu e das áreas que precisam de progresso adicional.

57. O Sr. Walter, respondendo às preocupações com a alocação de recursos e o financiamento desigual das áreas programáticas, afirmou que as restrições resultam da provisão de contribuições com fins específicos, dando à Repartição flexibilidade limitada para transferir fundos a áreas prioritárias. Contudo, como mostra o relatório, em três das quatro prioridades identificadas para 2008-2013 houve um aumento do financiamento durante o período, apesar da redução no orçamento. A Repartição agradeceu a defesa feita pelos Estados membros em seu nome para assegurar fundos sem destinação específica.

58. A Repartição estava formando uma nova equipe de mobilização de recursos e desenvolveria uma nova estratégia institucional. Quanto aos parceiros não tradicionais, explicou que a OPAS, como a OMS, atualmente dependia de uns poucos doadores muito grandes. Seriam envidados esforços para contatar outros doadores, o que envolveria tornar a Organização mais visível, em parte mediante uma nova estratégia de comunicação.

59. Visando a promover a equidade, a Organização precisava assegurar que o progresso registrado não beneficiasse somente certas partes da população da Região. Este é um aspecto abordado explicitamente no novo Plano Estratégico. Ele concordou com os comentários sobre a necessidade de assegurar que a Região não fosse penalizada por seu êxito: ainda há muito a fazer, apesar do êxito registrado até agora; assim, era essencial assegurar que as necessidades da Região fossem conhecidas.

60. Ele reconheceu que ainda era preciso efetuar melhorias na gestão baseada em resultados, o que implicaria ajustar mais o foco e ser mais seletivo no trabalho a ser feito. Em termos de melhoria dos sistemas de avaliação, o Plano Estratégico 2014-2019 tinha menos metas e indicadores, mas de melhor qualidade, do que o plano anterior, graças às lições aprendidas em 2008-2013 e ao trabalho realizado no Grupo de Trabalho dos Países (veja os parágrafos 66 a 73). As lições aprendidas encontram-se no Anexo A do relatório. Uma lição é que era preciso um enfoque equilibrado para assegurar que as metas fossem atingíveis, mas ambiciosas, de modo a motivar ação para obter os resultados necessários. A Repartição aplicou essas lições ao desenvolvimento do atual Plano Estratégico e planos de trabalho.

61. Indicando que tanto a Repartição como os Estados membros eram responsáveis pelos resultados e impactos de qualquer plano estratégico, a Diretora afirmou que era importante incorporar no Plano Estratégico 2014-2019 todas as lições aprendidas em

períodos anteriores. O maior desafio com relação a muitas das questões de saúde que a Região enfrenta era a desigualdade. Ela concordava em que as populações vulneráveis não se encontram somente nas áreas rurais; muitas vivem nas cidades da Região que estão crescendo. A Repartição tencionava trabalhar com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) para identificar essas populações. De fato, a questão de como abordar o acesso aos serviços de saúde e os determinantes sociais da saúde para populações vulneráveis faria parte importante do trabalho da Repartição no atual período. As necessidades dos países prioritários, especialmente Haiti, receberiam atenção particular, e um enfoque interprogramático específico seria desenvolvido para atendê-las.

62. A falta de êxito na redução da mortalidade materna era uma grande preocupação. Já que a mortalidade materna está frequentemente associada com deficiências nos determinantes ambientais e sociais da saúde, inclusive a falta de acesso a serviços de saúde adequados, seria muito importante trabalhar no âmbito local para fortalecer os serviços de saúde e desenvolver redes de serviços integradas. O plano de ação para acesso ao sangue seguro (veja os parágrafos 90 a 101) também deve ajudar, já que uma importante causa de mortalidade materna é a hemorragia. O progresso registrado pelos Estados membros na cobertura universal de saúde também ajudaria. A melhoria dos sistemas de informação deve ser uma prioridade para assegurar que as cifras informadas sejam exatas. É possível que a não consecução de algumas metas e indicadores do Plano Estratégico 2008-2013 seja o resultado de informação inadequada.

63. Para arrecadar recursos, a OPAS deve ser capaz de contar sua história efetivamente. Para tanto, estava sendo desenvolvida uma nova estratégia de comunicação, o quadro de pessoal da unidade de comunicação estava sendo ampliado e estavam sendo tomadas medidas para abordar a falta de coordenação entre os vários departamentos responsáveis pela mobilização de recursos. A Repartição também estava colaborando estreitamente com a Fundação OPAS (antiga Fundação Pan-Americana de Saúde e Educação, PAHEF) para agilizar a mobilização de recursos e, mediante Representantes da OPAS/OMS, estava explorando meios de mobilizar recursos no âmbito nacional.

64. Quanto ao impacto dos acordos de livre comércio sobre a saúde na Região, se os Estados membros desejassem, poderia ser preparado um relatório para futura consideração pelos órgãos diretores.

65. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado (Rascunho) (Documento CE154/11)

66. O Sr. Alberto Kleiman (Brasil, Presidente do Grupo de Trabalho dos Países) lembrou que o Plano Estratégico 2014-2019 era o resultado de uma ampla colaboração entre os Estados membros e a Repartição. Mais de 1.100 profissionais de saúde de 48 países contribuíram para sua elaboração, o que reforçou o princípio da responsabilidade compartilhada pelo monitoramento e avaliação dos resultados e impactos do Plano. O

trabalho no Grupo de Trabalho de Países, encarregado de concluir um compêndio de indicadores para o Plano Estratégico e recomendar um método para monitoramento e avaliação conjunta do Plano, representava uma oportunidade de discussão adicional de alto nível que melhoraria o Plano e aumentaria sua sustentabilidade.

67. O trabalho do Grupo estava sendo feito de maneira participativa e transparente com base nas fichas técnicas preparadas pela Repartição. Até agora, o Grupo de Trabalho não havia eliminado nenhum indicador, embora algumas modificações tenham sido sugeridas. Além de compilar o compêndio de indicadores, o Grupo de Trabalho recebeu a incumbência de revisar a metodologia de estratificação das prioridades programáticas do Plano Estratégico e apresentar recomendações de melhoria. Essa tarefa foi atribuída a um subgrupo técnico. Embora algumas referências e metas talvez precisem ser ajustadas posteriormente, ele estava confiante em que o Grupo de Trabalho estaria pronto para apresentar um conjunto de indicadores de resultados e impacto, junto com os resultados de sua revisão da metodologia de estratificação das prioridades programáticas, à consideração do 53º Conselho Diretor.

68. O Sr. Daniel Walter (Diretor, Departamento de Programa e Orçamento, RSPA) afirmou que os membros do Grupo de Trabalho possuíam exatamente o conhecimento técnico e a experiência necessários para refinar os indicadores do Plano Estratégico e agradeceu seu extraordinário compromisso com esse trabalho. Ele indicou que o Grupo realizaria uma reunião virtual em junho de 2014 e depois uma última reunião presencial em julho para finalizar suas recomendações ao Conselho Diretor.

69. O Comitê Executivo expressou gratidão ao Grupo de Trabalho por seus esforços e ao Governo do Brasil por seu papel como Presidente. Dado que a implementação do Plano Estratégico 2014-2019 já havia começado, considerou-se essencial concluir o trabalho no compêndio de indicadores antes do 53º Conselho Diretor, mas reconheceu-se que talvez fosse necessário um tempo adicional para finalizar as referências e metas, um processo que exigiria consultas com as autoridades nacionais. Solicitou-se que um relatório preliminar sobre os indicadores fosse disponibilizado em agosto para que os Estados membros que não participaram das consultas do Grupo de Trabalho pudessem examiná-los antes de serem submetidos ao Conselho Diretor. Destacou-se a necessidade de contar com pontos de referência exatos para medir o progresso, e solicitou-se esclarecimento sobre a validação das referências e metas.

70. A importância de aplicar as lições aprendidas com a avaliação do Plano Estratégico 2008-2013 (veja parágrafos 52 a 65) foi novamente enfatizada, bem como a necessidade de priorizar os objetivos que não haviam sido atingidos no Plano. A continuação do trabalho para reduzir a mortalidade materna e infantil foi considerada especialmente importante, particularmente onde as metas do objetivo de desenvolvimento do milênio não haviam sido atingidas.

71. O Sr. Walter afirmou que o compêndio de indicadores seria concluído em julho e a Repartição produziria um relatório preliminar sobre os indicadores e o enviaria aos Estados membros em agosto. Também se esforçaria para assegurar que as referências e

metas fossem validadas antes do Conselho Diretor; contudo, conforme assinalado, a validação exigiria consultas com as autoridades nacionais, e era importante não apressar o processo.

72. A Diretora agradeceu aos Estados membros pela contínua participação no processo de elaboração e refinamento do Plano Estratégico. Em sua opinião, o envolvimento exemplar dos Estados era uma boa prática que as outras regiões e a sede da OMS poderiam seguir.

73. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE154.R15, recomendando que o Conselho Diretor aprove o Plano Estratégico 2014-2019 modificado, inclusive os indicadores revisados pelo Grupo de Trabalho dos Países.

Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde (Documento CE154/12)

74. O Dr. Francisco Becerra Posada (Subdiretor, RSPA) apresentou esse item e os itens sobre saúde em todas as políticas e legislação relacionada à saúde (veja os parágrafos 134 a 145 e 163 a 176 abaixo), observando que os três tópicos tinham uma estreita relação e que os respectivos documentos de políticas eram complementares. A cobertura universal de saúde era um objetivo abrangente dos sistemas de saúde visando a proteger o direito ao mais alto padrão alcançável de saúde e assegurar o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade por toda a vida sem dificuldades financeiras indevidas. A consecução da cobertura universal de saúde requeria políticas e intervenções intersetoriais para abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde. O plano de ação proposto sobre saúde em todas as políticas estabelece linhas de ação claras para promover a colaboração e participação multissetorial, responsabilidade e compromisso de longo prazo da parte das autoridades responsáveis nacionais para abordar os determinantes e iniquidades de saúde.

75. A obtenção de uma cobertura universal de saúde também exigia a formulação, implementação, revisão e/ou reforma de leis e regulamentos. A estratégia proposta sobre legislação relacionada à saúde identificou os objetivos e atividades para estabelecer um marco jurídico de proteção do direito ao mais alto padrão alcançável de saúde e outros direitos humanos conexos, especialmente para os grupos mais vulneráveis. Juntas, as abordagens propostas nos três documentos contribuiriam para a visão e o compromisso da Região com relação às iniquidades de saúde, conforme expressado no Plano Estratégico 2014-2019 e em várias resoluções adotadas pelos Órgãos Diretores nos últimos anos.

76. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) lembrou que a estratégia de cobertura universal de saúde foi desenvolvida a pedido do 52º Conselho Diretor e observou que era um rascunho que ainda estava sujeito a consultas com os Estados Membros. Ele observou que, embora a Região tenha registrado melhorias significantes no desenvolvimento econômico e social durante os últimos 30 anos, persistiam grandes disparidades na distribuição de renda. Essas disparidades se refletiam em iniquidades no acesso a serviços de saúde e nos resultados

de saúde. Embora existisse um forte compromisso político para abordar as necessidades de saúde, os Estados Membros muitas vezes enfrentavam desafios ao traduzir esse compromisso em prestação de serviços. A situação foi complicada pelo surgimento de novos padrões epidemiológicos e demográficos, aumentando os custos da atenção à saúde, e pela limitada capacidade de ação intersetorial para abordar os determinantes sociais da saúde.

77. Solicitou-se que a Repartição elabore uma proposta para apoiar os países no enfrentamento desses desafios e para avançar rumo à obtenção progressiva da cobertura universal de saúde. A estratégia proposta inclui uma visão holística da cobertura universal de saúde firmemente baseada nos valores do direito à saúde, equidade, solidariedade e ação intersetorial para abordar os determinantes da saúde e promover a saúde e o bem-estar. A estratégia e suas quatro linhas estratégicas interdependentes baseiam-se em mandatos globais e regionais existentes, particularmente a Agenda de Saúde para as Américas, o documento de resultados da Conferência de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (Conferência Rio+20) e a Resolução 67/81 da Assembleia Geral da ONU. A estratégia também estava estreitamente relacionada às discussões sobre saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 (veja parágrafos 277 a 290 abaixo).

78. Para facilitar o processo de consulta sobre a estratégia, sugeriu-se que o Comitê forme um grupo de trabalho para colaborar com a Repartição no refinamento do documento. Consultas nacionais sobre a estratégia também foram planejadas ou já haviam sido concluídas. A Repartição iria consolidar todos os insumos recebidos a fim de finalizar a proposta de estratégia para apresentação ao 53º Conselho Diretor.

79. O Comitê Executivo recebeu a proposta de estratégia como uma base sólida para futuros trabalhos no assunto e reconheceu a estreita ligação entre cobertura universal de saúde, saúde em todas as políticas e legislação relacionada à saúde. O Comitê ficou satisfeito com o fato de que a estratégia e o projeto de resolução contidos no Documento CE154/12 reconheciam que cada país deve definir seu próprio caminho rumo à cobertura universal de saúde, levando em conta seu contexto social, econômico, político, jurídico e histórico. Considerou-se, contudo, que as prioridades nacionais dos países e os desafios de saúde atuais e futuros também deveriam ser levados em conta. Enfatizou-se que, embora a OPAS pudesse representar um papel de defesa e fornecer suporte técnico, obter a cobertura universal de saúde era uma responsabilidade dos governos nacionais.

80. O Comitê considerou que era necessário esclarecer algumas das terminologias e conceitos utilizados no documento, começando pelo próprio conceito de cobertura universal de saúde. Indicou-se que, embora não houvesse um entendimento comumente acordado do que a cobertura universal de saúde significa para cada país e região, esperava-se que as discussões sobre a estratégia ajudassem a esclarecer o conceito. Ao mesmo tempo, observou-se que a Resolução 67/81 da Assembleia Geral da ONU continha uma definição internacionalmente negociada, que foi endossada pela 67ª Assembleia Mundial da Saúde na Resolução WHA67.14, e sugeriu-se que essa definição devia constar tanto na estratégia como no projeto de resolução. Solicitou-se também que o texto da estratégia e da resolução ficasse em conformidade com a Constituição da

OMS, que não reconhecia o direito à saúde *per se*, mas sim o direito ao gozo do mais alto padrão alcançável de saúde.

81. Aplaudiu-se o foco da estratégia na ação intersetorial para abordar os determinantes da saúde, mas sugeriu-se que os termos “intersetorial” e “interinstitucional” devem ser substituídos por “multissetorial” para manter coerência com o texto já negociado e adotado em outros fóruns internacionais. Indicou-se que a abordagem dos determinantes da saúde implicava mais que a prestação de serviços; exigia também um enfoque de saúde pública e proteção social. Os delegados expressaram apoio geral aos aumentos no gasto público em saúde, modelos de financiamento mediante impostos e eliminação de custos correntes como um meio de expandir o acesso a serviços de saúde. Contudo, aumentando os orçamentos de saúde para no mínimo 6% do PIB, conforme estipulado no parágrafo 2(g) do projeto de resolução, era considerado impraticável para alguns países, assim como a eliminação total do pagamento direto no ponto de serviço, recomendado no parágrafo 2(h).

82. Sugeriu-se que os grupos vulneráveis a serem visados pela estratégia devem ser especificados e devem incluir especificamente lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais, migrantes, pessoas privadas de liberdade, adolescentes, jovens e crianças. Vários delegados enfatizaram que a estratégia não deve promover o acesso a um pacote mínimo ou básico de serviços de saúde, o que implicaria uma limitação ou racionamento da cobertura, ao passo que a meta da cobertura universal de saúde era maximizar o acesso a serviços abrangentes. Um delegado sugeriu que o texto utilizado no parágrafo 10 da Resolução 67/81 da Assembleia Geral das Nações Unidas deve ser substituído pelas referências a um pacote universal de serviços legalmente garantidos. Ressaltou-se a importância de regular a prestação de serviços de saúde e seguro de saúde no setor privado.

83. Reconheceu-se a necessidade de indicadores, metas e cronogramas para medir o progresso e o sucesso na implementação da estratégia, e enfatizou-se que deveria haver indicadores para medir e avaliar as medidas tomadas sobre os determinantes sociais da saúde. Também se considerou importante alinhar os indicadores com os indicadores da OMS e do Banco Mundial em relação à cobertura universal de saúde. Contudo, questionou-se a necessidade de um sistema de monitoramento e avaliação para medir o progresso rumo à cobertura universal de saúde, conforme estipulado no parágrafo 3(c) do projeto de resolução, pois o Plano Estratégico 2014-2019 já continha um conjunto de indicadores para esse propósito. Sugeriu-se que o Grupo de Trabalho dos Países (veja parágrafos 66 a 73 acima) devia ser consultado sobre essa questão.

84. Foram sugeridas diversas modificações específicas na estratégia e no projeto de resolução, e vários delegados indicaram que enviariam sugestões adicionais por escrito. O Comitê decidiu formar um grupo de trabalho para revisar o projeto de resolução e subsequentemente continuar trabalhando com a Repartição para finalizar a estratégia e apresentá-la ao 53º Conselho Diretor.

85. O Dr. Fitzgerald disse que os comentários do Comitê seriam extremamente úteis para o desenvolvimento ulterior da estratégia. Ele identificou três questões principais que precisavam ser abordadas. Uma era o esclarecimento do conceito de cobertura universal da saúde. Ele reiterou que a Repartição tentou apresentar uma visão holística da cobertura universal de saúde com base na antiga tradição da Região de trabalhar com base nos princípios do direito ao mais alto padrão alcançável de saúde, universalidade, solidariedade e equidade. Continuará a dialogar com os Estados Membros a fim de chegar a um consenso do que o conceito significa para os países da Região.

86. A ideia de cada país encontrar seu próprio caminho e da obtenção progressiva da cobertura universal de saúde era crucial. Não se esperava, por exemplo, que os países pudessem aumentar o financiamento da saúde para 6% do PIB da noite para o dia, mas sim que se esforçariam para elevar essa quantia gradualmente. Os 6% foram incluídos como um objetivo de longo prazo, pois havia evidência de que os países cujos gastos estavam próximos a esse nível geralmente tinham as condições necessárias para permitir que avançassem rumo à cobertura universal de saúde.

87. Nunca foi intenção da Repartição promover a ideia de um pacote básico ou mínimo de serviços. A meta era assegurar o acesso universal a serviços de saúde de alta qualidade que respondessem às necessidades da população. O problema pode ser a terminologia utilizada para expressar esse conceito nos vários idiomas de trabalho da Organização. A Repartição iria trabalhar com os Estados Membros para esclarecer a ideia.

88. A Diretora, observando que os países da Região estavam totalmente comprometidos com a obtenção da cobertura universal de saúde, afirmou que o objetivo final era assegurar que todas as pessoas tenham acesso a tudo de que precisam para obter o padrão mais alto de saúde. Isso significa abordar os determinantes sociais da saúde e assegurar acesso a serviços integrados, abrangentes e de alta qualidade sem efetuar pagamentos individuais. Obviamente, nem todos os países poderiam arcar com uma cobertura tão abrangente no curto prazo; nesses casos, pode ser aconselhável definir um pacote essencial de serviços ao qual a população teria acesso garantido, no entendimento de que o país continuaria trabalhando para expandir a cobertura como parte de um processo de obtenção progressiva da cobertura universal de saúde.

89. O Comitê adotou a Resolução CE154.R17, que reflete várias modificações introduzidas pelo grupo de trabalho. Concordou-se que as consultas continuariam no período antes do 53º Conselho Diretor e que a Repartição revisaria a estratégia com base nos insumos recebidos dos Estados Membros. Se necessário, a fim de chegar a um consenso, uma sessão especial do Comitê Executivo poderia ser convocada.

Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro (Documento CE154/13)

90. O Dr. James Fitzgerald (Diretor do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA), observando que o plano de ação proposto foi desenvolvido em consulta com os programas nacionais de sangue da Região, disse que o objetivo do plano era

promover o acesso universal ao sangue seguro a fim de salvar vidas e melhorar a saúde dos pacientes que precisam de transfusão de sangue. O plano, cobrindo o período de 2014-2019, compreendia quatro linhas estratégicas de ação: integração sustentável efetiva de programas e serviços nacionais de sangue nos sistemas nacionais de saúde; autossuficiência em abastecimento de sangue por meio da doação de sangue voluntária 100% não remunerada; fortalecimento da gestão de qualidade; vigilância sanitária, hemovigilância, gestão de risco, monitoramento e avaliação.

91. Espera-se que o plano contribua para uma redução no número de mortes maternas, já que as hemorragias durante o parto somavam 21% dessas mortes na América Latina e no Caribe. Também reduziria a exposição dos pacientes de transfusão a infecções como o HIV e hepatites B e C. Além disso, o fortalecimento da disponibilidade, acessibilidade e segurança do sangue e hemoderivados ajudaria a fomentar a obtenção da cobertura universal de saúde.

92. O Comitê agradeceu à Repartição por assegurar atenção contínua à importante questão do acesso ao sangue e segurança do sangue e enalteceu o processo participativo utilizado para desenvolver o plano de ação. Sugeriu-se que as políticas e decisões sobre segurança e disponibilidade de sangue deveriam levar em conta considerações éticas, análise de eficácia em função do custo e custo-benefício e uso racional de hemoderivados numa avaliação das necessidades nacionais. O intercâmbio de dados nacionais e internacionais foi considerado crítico para a tomada de decisões acerca de políticas nacionais sobre segurança e disponibilidade do sangue.

93. Indagou-se o motivo do lapso entre o plano proposto para 2014-2019 e o Plano de Ação para Segurança da Transfusão anterior, que cobria o período 2006-2010.³ Observou-se que também havia uma diferença de tempo entre o plano da OPAS e o Plano Estratégico Mundial de Acesso Universal a Transfusão Segura de Sangue da OMS para 2008-2015. Ressaltou-se a importância do alinhamento entre os planos global e regional, assim como entre o Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro e o Plano Estratégico da OPAS. Assinalou-se que o relatório sobre implicações financeiras e administrativas do projeto de resolução contido no Documento CD154/13 não explicava quanto do custo projetado de US\$ 8 milhões poderia ser incluído dentro de atividades programadas existentes ou como a OPAS cobriria o custo de implementação do plano.

94. Vários delegados citaram questões que não receberam atenção suficiente no documento. Uma é a segurança imunológica do sangue, que abrange considerações além da triagem de agentes infecciosos no sangue para transfusão. Outra questão é o uso racional do sangue; embora o documento tenha mencionado o uso apropriado do sangue e hemoderivados, o uso racional incluía processamento do sangue em produtos e componentes terapêuticos a fim de assegurar o uso mais eficiente e efetivo do sangue doado e reduzir o desperdício de sangue. Outra questão é a necessidade de monitorar doações e os componentes do sangue utilizados para que, quando um resultado adverso ocorra em um paciente, a origem do problema possa ser encontrada. Um delegado

³ Veja o Documento CD46/16 e a Resolução CD46.R5 (2005).

expressou a opinião de que as linhas estratégicas de ação não enfatizavam suficientemente o acesso ao sangue, apesar da vinculação direta entre maior acesso e redução da mortalidade materna.

95. Observando que o documento indica que todos os países da América Latina tinham legislação nacional sobre sangue, mas somente quatro países no Caribe tinham um marco jurídico para serviços de sangue, a Delegada das Bahamas solicitou que o plano oferecesse sugestões sobre como abordar essa situação. Ela também solicitou orientação técnica sobre como minimizar o desperdício de sangue, que era um particular problema no Caribe.

96. O Dr. Fitzgerald explicou que uma avaliação do progresso do Plano de Ação para a Segurança da Transfusão 2006-2010 foi efetuada por consultores independentes em 2011 e que o processo de consulta para elaborar o novo plano começou em 2012. A Repartição acreditava que o novo plano de ação não estava suficientemente completo para ser apresentado aos Órgãos Diretores em 2013. Portanto, o período coberto pelo novo plano só começou em 2014.

97. Os comentários recebidos do 51º Conselho Diretor sobre os resultados da avaliação do plano anterior indicam que o próximo plano de ação deve se concentrar em fortalecer a integração entre serviços de sangue e sistemas de saúde. O enfoque dos sistemas de saúde pode explicar por que algumas questões mencionadas pelos delegados não foram abordadas. Essas questões e outras sugestões de delegados para melhorar a utilidade do documento seriam levadas em conta na revisão para apresentação ao Conselho Diretor.

98. A Diretora concordou que os objetivos de uso de sangue e hemoderivados e capacidade de rastreamento devem ser incorporados no documento. Era importante começar a trabalhar com mais Estados Membros na transformação de sangue em hemoderivados a fim de ampliar a utilidade do sangue doado e reduzir o desperdício do sangue não utilizado. Da mesma forma, ela concordou com a necessidade de ressaltar o acesso ao sangue seguro como um fator importante na consecução do 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio: redução da mortalidade materna.

99. O Comitê examinou uma resolução revisada que incorpora modificações propostas durante a discussão. Algumas delegações rejeitaram o texto no parágrafo 2(a) que recomendava que os Estados Membros promovessem em vez de assegurar o acesso universal ao sangue e hemoderivados; aqueles que preferiam a palavra “assegurar” ressaltaram que o acesso ao sangue seguro deve ser garantido, enquanto os que preferiam a palavra “promover” argumentaram que, onde os sistemas de sangue contavam com doação voluntária, os Governos não poderiam ser obrigados a garantir o acesso. O Comitê concordou em revisar o parágrafo para dizer “avançar no sentido de assegurar o acesso universal.”

100. Vários delegados rejeitaram uma proposta de excluir a frase “evitar a venda de sangue e a exploração resultante” do parágrafo 2(b)(i), porque a venda de sangue e

hemoderivados era proibida por lei em seus países. A Delegada do Canadá explicou que sua delegação propôs essa modificação, pois a remuneração de doadores de plasma coletado para fins de fabricação de remédios era permitida em todas as províncias do Canadá, menos uma. O Comitê concordou em manter a frase, mas acrescentou o esclarecimento “exceto onde a lei nacional assim permitir.” Da mesma forma, expressou-se preocupação com uma alteração no texto do parágrafo operacional 2(c), a saber, que as doações remuneradas e as doações familiares para transfusão sejam desencorajadas, “exceto em circunstâncias limitadas de necessidade médica.” Como o pagamento por doação de sangue em qualquer circunstância era proibido em alguns Estados Membros, o texto foi revisado para dizer “exceto quando protegido por regulações nacionais.”

101. O Comitê adotou a Resolução CE154.R16, recomendando que o Conselho Diretor aprove o Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro.

Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação (Documento CE154/14)

102. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) apresentou o documento CE154/14, elogiando os Estados Membros que contribuíram para avançar na agenda relacionada a deficiências e promover serviços de saúde de qualidade e práticas de proteção social, especialmente para pessoas com deficiências graves. Das 140 milhões de pessoas com deficiência que vivem nas Américas, somente 3% tinham acesso a serviços de reabilitação. As pessoas com deficiências graves dependiam muito de outras pessoas para realizar atividades essenciais. A prevalência de deficiências era crescente, devido ao envelhecimento da população e ao aumento global de doenças crônicas, violência, acidentes de todos os tipos e uso e abuso de álcool e substâncias ilícitas, sendo maior em países de baixa renda. Conforme observado no Relatório Mundial sobre Deficiência da OMS, as pessoas com deficiências tinham piores resultados de saúde do que as pessoas sem deficiência. Além disso, a deficiência é uma questão de direitos humanos, já que as pessoas com deficiência muitas vezes enfrentam estigmatização e discriminação.

103. Um processo de consulta regional foi realizado em janeiro e fevereiro de 2014, incluindo Estados Membros, peritos dos centros colaboradores da OPAS/OMS, instituições acadêmicas selecionadas e organizações não governamentais. O plano de ação regional proposto baseou-se nas experiências da Região e incorporou muitos dos comentários recebidos durante as consultas regionais. Estava alinhado com o Plano de Ação Global sobre Deficiência da OMS,⁴ a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Pessoas com Deficiência, as recomendações da Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Deficiência e Desenvolvimento e o Plano Estratégico da OPAS para 2014-2019. Compreendia três linhas estratégicas destinadas a promover as intervenções necessárias para melhorar a saúde, funcionamento e qualidade de vida das pessoas com deficiências e suas famílias.

⁴ Veja o Documento A67/16 da OMS e a Resolução WHA67.7 (2014).

O plano também contribuiria para a consecução das metas da categoria 2 do Plano Estratégico da OPAS.

104. O Comitê Executivo em geral apoiou o plano de ação proposto, que refletia a visão da OMS de um mundo no qual as pessoas com deficiência gozariam do mais alto padrão alcançável de saúde. Vários delegados descreveram os programas e iniciativas de seus países para promover a inclusão e a participação social plena das pessoas com deficiência. Alguns descreveram consultas nacionais sobre a questão, além da consulta regional mencionada. Vários delegados elogiaram a liderança do Equador em submeter a questão à consideração do Comitê Executivo.

105. Os membros do Comitê elogiaram a atenção que o plano atribuía à necessidade de abordar a escassez de serviços públicos para pessoas com deficiência e a inadequação do fornecimento de aparelhos assistivos, assim como o estigma, o preconceito e as violações dos direitos humanos que essas pessoas enfrentam. Considerou-se que o plano mostra uma forma progressista de melhorar os sistemas de saúde e aprofundar o diálogo intersetorial necessário nos países. Enfatizou-se a necessidade de um enfoque e coordenação intersetorial, principalmente em relação à Linha Estratégica 1.

106. Foram sugeridas várias alterações no plano e no projeto de resolução contido no Documento CE154/14 para dar um tom mais positivo ao texto, fortalecer a mensagem ou esclarecer alguns dos conceitos usados. Em particular, sugeriu-se que o plano deve mencionar mais as experiências bem-sucedidas e as melhores práticas nos países da Região e que uma rede para o intercâmbio de experiências em deficiência e reabilitação pode ser criada. Sugeriu-se também que deve haver um número maior de indicadores a fim de permitir uma avaliação abrangente do grau de consecução dos objetivos propostos. A inclusão de indicadores relacionados com a melhora dos resultados de saúde para pessoas com deficiência foi considerada especialmente importante.

107. Sugeriu-se que pode ser aconselhável incluir no plano de ação uma lista de possíveis causas das deficiências e identificar quais devem ser priorizadas, seja pela maior vulnerabilidade que causam ou porque as intervenções contra elas são particularmente eficazes em função do custo. Também se considerou importante reconhecer o trabalho que está sendo feito por meio de redes e promover o trabalho dos centros colaboradores da OMS/OPAS. Vários delegados indicaram que iriam enviar sugestões de alterações adicionais à Repartição por escrito.

108. Assinalou-se que alguns dos dados de referência eram imprecisos, como no indicador 1.1.1, que afirmava que nenhum país implementou planos relevantes de deficiência e reabilitação. Sugeriu-se que o indicador 3.2.1 deve adicionalmente solicitar que os dados sejam desagregados por tipo de deficiência.

109. Um delegado observou que alguns países, como o dele, que assinaram, mas não ratificaram a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, podem considerar problemático implementar alguns aspectos do plano e sugeriu que deve estar

claro que esses países foram encorajados a implementar os princípios contidos na Convenção.

110. O Dr. Hennis disse que a Repartição agradecia profundamente o interesse dos Estados Membros no assunto e iria examinar cuidadosamente e incorporar, se possível, todas as sugestões apresentadas, em particular as relacionadas com o texto e indicadores.

111. O Diretor concordou que era importante assegurar que os indicadores do plano fossem significativos, principalmente os relacionados a resultados e efeitos sobre a vida das pessoas que vivem com deficiências. A Repartição trabalharia com os Estados Membros para identificar indicadores mais sensíveis.

112. O Comitê Executivo adotou a Resolução CE154.R5, recomendando que o Conselho Diretor aprove o plano de ação.

Plano de Ação sobre Saúde Mental (Documento CE154/15)

113. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) apresentou o plano de ação proposto, observando que este cobriria o período 2015-2020 e serviria para atualizar o Plano de Ação sobre Saúde Mental adotado em 2009 pelo 49º Conselho Diretor⁵ e para alinhá-lo com o Plano Estratégico da OPAS para 2014-2019 e o Plano de Ação Abrangente para 2013-2020 aprovado pela 66ª Assembleia Mundial da Saúde.⁶ O plano de ação enfatiza a necessidade de um enfoque abrangente para a saúde que reconheça a vinculação entre saúde física e mental; busca abordar a falta de tratamento de pacientes com doenças mentais, que era de mais de 70% em alguns países devido a recursos insuficientes e desigualmente distribuídos, combinado com o estigma e a discriminação associados aos problemas de saúde mental.

114. As quatro linhas principais de ação do plano eram: formulação e implementação de políticas, planos e leis de saúde mental; melhora da capacidade de resposta dos serviços de saúde mental; preparação e implementação de programas de promoção e prevenção em saúde mental e abuso de álcool e substâncias químicas; e fortalecimento dos sistemas de informação, evidências científicas e pesquisa na área de saúde mental. Tendo em vista as situações bastante diferentes que existiam entre os países da Região ou mesmo dentro dos países, a implementação do plano precisava ser flexível, e os resultados e indicadores esperados tinham que ser ajustados ao contexto social e cultural de cada país.

115. Durante um processo de consulta efetuado em janeiro e fevereiro de 2014, o plano foi recebido favoravelmente por examinadores que incluíam delegados dos Estados Membros, grupos de especialistas, centros colaboradores da OPAS/OMS, instituições acadêmicas selecionadas e organizações não governamentais. Muitos dos comentários e sugestões recebidos foram incorporados no Documento CE154/15.

⁵ Veja o Documento CD49/11 e a Resolução CD49.R17 (2009).

⁶ Resolução WHA66.8 (2013).

116. O Comitê Executivo expressou seu apoio geral à visão e às linhas de ação do plano. Contudo, sugeriu-se que alguns assuntos mereciam maior ênfase ou discussão mais detalhada. Um dos temas mencionados por vários delegados foi a reabilitação e reintegração social, para o qual nenhum indicador estava incluído no plano. Considerou-se que a prevenção, o diagnóstico oportuno e a integração de serviços de saúde mental na atenção primária à saúde também deviam ser enfatizados e que se deveria deixar claro que todos os aspectos do plano se aplicavam ao espectro total das questões de saúde mental, incluindo o uso de álcool e substâncias. Vários delegados indicaram que enviariam revisões adicionais por escrito à Repartição.

117. Da mesma forma, o projeto de resolução incluído no Documento CE154/15 foi amplamente apoiado, mas sugeriram-se algumas alterações. Um delegado sugeriu que a palavra “ambulatorial” não deve ser usada no parágrafo 2(e), já que tinha a conotação de tratamento médico, em vez de serviços de saúde mental comunitários. Além disso, considerou-se importante declarar explicitamente que os Estados Membros tinham flexibilidade para implementar atividades de forma apropriada ao contexto nacional.

118. O Dr. Hennis agradeceu ao Comitê por seu apoio ao plano e assegurou aos delegados que suas sugestões haviam sido anotadas e seriam levadas em conta na revisão do documento.

119. O projeto de resolução sobre esse item (contido no Anexo A do Documento CE154/15) foi modificado para incorporar comentários feitos na discussão do Comitê ou enviados por escrito e adotado como Resolução CE154.R12CE154.R12.

Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes (Documento CE154/16, Rev. 1)

120. A Dra. Chessa Lutter (Assessora Regional em Alimentação e Nutrição, RSPA), ao apresentar o plano de ação, observou que a prevalência do sobrepeso e da obesidade era mais alta nas Américas do que em qualquer outra região da OMS, e que as taxas entre crianças e adolescentes estavam crescendo rapidamente. A obesidade na infância ou na adolescência poderia ter um enorme impacto na saúde mental e física tanto durante esse período como depois. A obesidade também reduz a produtividade e coloca em risco o desenvolvimento econômico, e o custo de seu tratamento é alto e insustentável. O problema estava sendo exacerbado por um ambiente obesogênico que encoraja o consumo de alimentos altamente calóricos e carentes de nutrientes e bebidas adoçadas e desencoraja a atividade física.

121. Estava na hora de a OPAS assumir a liderança nessa questão unificando esforços nacionais atuais e futuros em uma resposta regional coerente e sistemática, fornecendo apoio político e cooperação técnica aos Estados Membros e promovendo políticas e programas baseados em evidências. O plano de ação quinquenal proposto visava a manter a epidemia de obesidade nas taxas atuais. Trata-se de um plano de saúde pública com um enfoque que cobre toda a vida e se concentra em proteção, prevenção e melhora do ambiente. O plano estava vinculado diretamente ao Plano de Ação para Prevenção e

Controle de Doenças Não Transmissíveis da OPAS,⁷ ao Plano Estratégico para 2014-2019 e à estratégia sobre legislação relacionada à saúde (veja parágrafos 163 a 176 abaixo).

122. Ao aprovar o plano, os países aceitariam a responsabilidade por uma série de objetivos, como a implementação de programas de alimentação em escolas e pré-escolas de acordo com as diretrizes propostas pela OPAS, a formulação e implementação de estratégias educacionais para apoiar novas políticas de alimentação escolar e a inclusão de atividade física diária nas atividades escolares. A Repartição auxiliaria os países na consecução desses objetivos, por exemplo, mediante cooperação técnica para a adoção de indicadores de obesidade e diretrizes regionais para quantidade de sal, açúcar e gorduras em alimentos e bebidas; desenvolvimento de diretrizes para programas de alimentação em escolas e pré-escolas; manutenção de uma base de dados atualizada sobre as tendências nutricionais; e monitoramento de atividades relacionadas à implementação de políticas, leis e programas.

123. O Comitê Executivo reconheceu a seriedade do problema do sobrepeso e obesidade infantil e adolescente e elogiou a atenção dedicada pela OPAS a essa questão. Reconheceu-se a necessidade de ação urgente, mas considerou-se necessário um enfoque escalonado a fim de permitir a implementação a um ritmo manejável. Um enfoque intersetorial integrado também foi considerado essencial, já que grande parte da ação necessária - principalmente com relação a medidas legislativas e reguladoras - estava fora do alcance direto do setor de saúde. Assinalou-se que as políticas e enfoques dos Estados Membros seriam influenciados pelos contextos nacionais e ressaltou-se a importância da flexibilidade, adaptabilidade e estabelecimento de prioridades por cada país. Indicou-se a necessidade de equilíbrio no plano, incluindo o equilíbrio entre a alimentação saudável e atividade física e o equilíbrio entre intervenções internas do governo e um enfoque inclusivo de toda a sociedade envolvendo múltiplas partes interessadas e setores. Indicou-se a vinculação entre esse plano e o plano de ação sobre saúde em todas as políticas (veja parágrafos 134 a 145 abaixo).

124. Ressaltou-se que o plano deve estar alinhado com os planos e iniciativas regionais e globais, inclusive sobre doenças não transmissíveis e nutrição materna e infantil. Também foi considerado importante o alinhamento dos indicadores do plano, da medição e dos relatórios com os quadros globais e regionais existentes a fim de reduzir o volume de informação que os Estados Membros devem apresentar. Indicou-se que o plano também deve ser suficientemente flexível para acomodar as recomendações do Grupo de Trabalho Ad Hoc sobre Ciência e Evidências para Acabar com a Obesidade Infantil que estava sendo convocado pela Diretora-Geral da OMS visando a estabelecer um consenso global sobre as evidências e reunir as melhores recomendações para lidar com a crise de obesidade infantil.

125. Os esforços dos vários países para regular a propaganda e a comercialização de bebidas adoçadas e alimentos altamente calóricos foram aplaudidos, mas assinalou-se que

⁷ Veja o Documento CD52/7, Rev.1 e a Resolução CD52.R9 (2013).

esses esforços estavam sendo minados em alguns casos por interesses comerciais inescrupulosos, e sublinhou-se a necessidade de combater essas influências negativas. Chamou-se atenção para os problemas reguladores particulares enfrentados pelos países caribenhos, que importam grande parte de seus alimentos.

126. Foram apresentadas várias sugestões para a melhora tanto do plano como do projeto de resolução contido no Documento CE154/16. Sugeriu-se, por exemplo, que o número de indicadores deve ser reduzido. Sugeriu-se também que o plano deve incluir uma área estratégica de ação para lidar com atenção à saúde para as necessidades específicas da população infantil e adolescente, com a devida atenção à idade, situação nutricional e existência de comorbidades. O acréscimo de uma área de ação estratégica que visa a fortalecer as habilidades dos pais foi considerado desejável, já que a criação dos filhos é um importante fator na formação dos hábitos de saúde e alimentação na infância e adolescência.

127. Com relação ao objetivo 2.1, solicitou-se esclarecimento das diretrizes da OPAS relativas aos programas de alimentação escolares e pré-escolares. Sugeriu-se que o objetivo 2.3 seria mais claro se dissesse “formular e implementar estratégias educacionais ou currículo coerente com melhores políticas de alimentação escolar.” Considerou-se que o indicador 2.4.1 deve especificar que a população-alvo para a ação é constituída de crianças e adolescentes até o último ano do segundo grau ou equivalente. Com relação ao objetivo 4.1, sugeriu-se que se deve fazer alguma referência aos tipos de partes interessadas multissetoriais cujo envolvimento seria aceitável para os propósitos do plano. Com relação ao projeto de resolução, sugeriu-se que a necessidade de colaboração intersetorial deve ser esclarecida; com referência ao parágrafo 2(d), assinalou-se que nem todas as tradições culinárias locais eram desejáveis do ponto de vista da saúde. Do mesmo modo, com relação ao parágrafo 3(a) observou-se que nem todas as agências internacionais empregavam práticas que efetivavam as mudanças culturais e de mentalidade necessárias para promover hábitos alimentares saudáveis.

128. Várias delegações indicaram que enviariam comentários adicionais por escrito. Várias também expressaram a opinião de que a Repartição deve efetuar uma consulta mais extensa com os Estados Membros antes do 53º Conselho Diretor a fim de refinar o plano e suas metas e indicadores. O Delegado do Brasil convidou os Estados Membros a participarem de uma reunião de 21 a 23 de julho de 2014 em seu país para discutir os preparativos para a Segunda Conferência Internacional sobre Nutrição, a ser realizada em novembro de 2014.

129. A Dra. Lutter disse que a Repartição tinha o maior interesse em trabalhar com os Estados Membros para melhorar o plano. As ações intersetoriais, conforme mencionado por vários delegados, eram básicas para mudar o ambiente obesogênico, e a Repartição enfatizaria isso mais no plano. A flexibilidade e o reconhecimento das realidades dos países também eram cruciais, devendo ser incluído um texto na seção de introdução do documento para esclarecer que os Estados Membros devem procurar implementar os objetivos do plano conforme apropriado dentro de seus marcos jurídicos. Para ampliar ainda mais a flexibilidade do plano, a Repartição também iria introduzir o texto da

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o Conjunto de Recomendações da OMS sobre Comercialização de Alimentos e Bebidas Não Alcoólicas para Crianças. Além disso, ajustaria os vários indicadores conforme sugerido pelos Estados Membros e verificaria se seu número poderia ser reduzido.

130. A Comissão da OMS para Acabar com a Obesidade Infantil não apresentaria seus resultados até o fim de 2015. Devido à urgência da questão, a Diretora considerou importante seguir em frente e não esperar pelas recomendações da Comissão. Ela formou um grupo de trabalho interprogramático em julho de 2013 para elaborar um plano de ação regional. Seu objetivo era coerente com o Plano Abrangente de Implementação sobre Nutrição Materna e Infantil⁸ e o Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis,⁹ assim como com um indicador do Plano Estratégico da OPAS para 2014-2019. Dentro do primeiro ano após a aprovação do plano de ação regional, a Repartição iria reunir grupos de peritos técnicos para formular diretrizes regionais sobre programas de alimentação escolar e outras questões, baseando-se em políticas e recomendações já aplicadas em alguns países da Região.

131. Tendo em mente os recursos financeiros limitados da Organização, a Repartição buscaria oportunidades de incluir a discussão do plano de ação em reuniões regionais sobre nutrição já programadas. Além disso, o grupo interprogramático que elaborou o plano estava disponível para videoconferências ou consultas por telefone com os Estados Membros.

132. A Diretora disse ser evidente que os Estados Membros estavam preocupados com a epidemia de obesidade infantil na Região. Ela ouviu com atenção os comentários relativos à necessidade de consistência e alinhamento dos indicadores do plano com os do Plano Estratégico e também observou a necessidade de dar mais atenção a indicadores de resultados mais específicos. Esses comentários seriam levados em conta na revisão do plano antes do Conselho Diretor.

133. O projeto de resolução contido no Documento CE154/16 foi revisado para refletir os comentários e sugestões apresentados durante a discussão e adotado pelo Comitê como Resolução CE154.R2, no entendimento de que o plano de ação seria revisado em consulta com os Estados Membros antes do 53º Conselho Diretor.

Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas (Documento CE154/17)

134. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Gerente, Desenvolvimento Sustentável e Equidade de Saúde, RSPA) apresentou informação sobre o desenvolvimento e evolução do conceito de saúde em todas as políticas, observando que era considerado uma ferramenta importante para implementar a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, adotada em 2011 na Conferência Mundial de Determinantes da Saúde. Também é uma das estratégias identificadas no Plano Estratégico da OPAS para

⁸ Veja a Resolução WHA65.6 (2012).

⁹ Veja a Resolução WHA66.10 (2013).

2014-2019 para abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde e promover o bem-estar sustentável da população. O enfoque de saúde em todas as políticas era vital para encontrar um ponto de confluência entre o setor sanitário e outros setores a fim de estabelecer agendas compartilhadas e fortes parcerias.

135. O plano de ação foi elaborado em resposta a uma recomendação que emergiu de consultas regionais realizadas em preparação para a 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde, que se concentrou em decidir como o enfoque de saúde em todas as políticas deve ser implementado, e estava totalmente alinhado com o Quadro de Saúde em todas as Políticas para Ação dos Países resultante da 8ª Conferência Global, que por sua vez se baseou nas experiências de vários países da Região na implementação da saúde em todas as políticas. O plano ajudaria a gerar evidências sobre saúde em todas as políticas para defesa de alto nível, promover o uso de estudos de caso regionais para ampliar mais ainda esse enfoque, fortalecer a capacidade dos países usando o curso sobre saúde em todas as políticas desenvolvido por vários centros colaboradores da OMS, refinar a metodologia de avaliação do impacto na saúde, fomentar a implementação da saúde em todas as políticas através das redes regionais de municípios saudáveis e escolas saudáveis, monitorar o progresso dos países e fortalecer a colaboração Sul-Sul e Norte-Sul sobre saúde em todas as políticas.

136. Um desafio importante no desenvolvimento do plano foi a definição de indicadores, já que os países tinham experiências diferentes na implementação e medição do impacto da saúde em todas as políticas. Com base no insumo recebido de consultas regionais, um máximo de dois indicadores regionais foi identificado para cada objetivo do plano. Pretendia-se que os Estados Membros selecionassem os indicadores que melhor se encaixassem em seus contextos específicos.

137. Na discussão que se seguiu, os membros do Comitê expressaram apoio ao plano de ação; vários assinalaram que ele era coerente com enfoques intersetoriais que seus países estavam adotando a fim de abordar os determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades sanitárias e sociais. O plano era considerado como um recurso útil para orientar os países na implementação de um enfoque de saúde em todas as políticas. Contudo, considerou-se que o plano não estava pronto para adoção pelo Conselho Diretor, e foram apresentadas várias sugestões de melhora, incluindo mudanças visando a tornar o texto do plano menos prescritivo e mais flexível e esclarecendo que cada Estado Membro deve adaptar o plano ao seu próprio contexto e seus sistemas políticos e sociais.

138. Considerou-se necessário esclarecer os conceitos incluídos no plano, incluindo a definição e alcance da saúde em todas as políticas. Sugeriu-se que o documento deve explicitar o que exatamente significava um enfoque de saúde em todas as políticas e como esse enfoque se refletiria nas políticas, planos ou programas. Sugeriu-se também que o documento incluía um glossário de conceitos e termos importantes.

139. A ênfase do plano sobre a importância da ação intersetorial foi bem recebida, mas um delegado considerou que se concentrava demais na interação entre setores e instituições do governo. Ele ressaltou a necessidade também de fomentar a participação

construtiva da sociedade civil em debates sobre política pública e enfatizar mais as estratégias para produzir a mudança social necessária a fim de eliminar as iniquidades de saúde, incluindo a democratização do fluxo de informação e fortalecimento de capacidade no âmbito comunitário. Outra delegada ressaltou a importância da diplomacia de saúde na promoção de colaboração intersetorial sobre determinantes da saúde, como água e saneamento, inocuidade dos alimentos e segurança nutricional, qualidade do ar e outros. Vários delegados também observaram a necessidade de fortalecer a interação com outros setores nas discussões sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 e incorporar nessa agenda o enfoque de saúde em todas as políticas.

140. Considerou-se que o plano deve esclarecer as funções da OPAS, que devem incluir facilitar o intercâmbio de informação e coletar e disseminar evidências, melhores práticas e lições aprendidas. Assinalou-se nesse sentido que as evidências sobre o impacto de políticas na saúde e seus determinantes eram essenciais a fim de identificar áreas prioritárias para intervenção através de um enfoque de saúde em todas as políticas.

141. Foram apresentadas várias sugestões com relação aos objetivos e indicadores do plano. Vários delegados sugeriram que é preciso desenvolver critérios para priorizar os objetivos, que o número de indicadores deve ser reduzido a fim de diminuir o volume de informação que os países devem enviar e que os indicadores de desempenho para o plano de ação devem se limitar aos indicadores relevantes identificados no Plano Estratégico para 2014-2019. Sugeriu-se também que o texto dos objetivos e indicadores deve estar mais alinhado com o do Quadro de Saúde em todas as Políticas para Ação dos Países. Vários delegados indicaram que enviariam sugestões adicionais por escrito sobre indicadores específicos e outros aspectos do plano de ação.

142. Tendo em vista as várias modificações sugeridas tanto no plano de ação como no projeto de resolução contido no Documento CE154/17, o Comitê decidiu que o grupo de trabalho formado para revisar a estratégia e o projeto de resolução sobre cobertura universal de saúde (veja parágrafo 84 acima) deve também revisar o plano de ação e o projeto de resolução sobre saúde em todas as políticas.

143. O Dr. Galvão disse que a Repartição continuaria trabalhando com os Estados Membros para refinar o plano de ação, em particular os indicadores, antes do 53º Conselho Diretor e que envidaria todos os esforços para facilitar o monitoramento e envio de informação sobre os indicadores por parte dos Estados Membros. Com relação ao alcance do enfoque de saúde em todas as políticas, esclareceu que o quadro para a ação intersetorial foi proporcionado pela Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde e pela Declaração de Helsinki sobre Saúde em Todas as Políticas, adotada na 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde. Ele enfatizou que a meta abrangente do plano de ação de saúde em todas as políticas e das estratégias de cobertura universal de saúde e legislação relacionada à saúde era melhorar a saúde e o bem-estar da população da Região.

144. A Diretora comentou que, embora a importância da saúde em todas as políticas tenha sido reconhecida em todas as regiões, a Região das Américas defendeu a causa dos

determinantes sociais e ambientais de saúde no nível global. A Região vem promovendo enfoques multissetoriais desde os anos 1970, embora pouco avanço tenha sido registrado na interação com outros setores de forma a produzir impactos importantes na saúde. O enfoque de saúde em todas as políticas seria um aspecto importante do trabalho a ser executado para abordar os determinantes da saúde no Plano Estratégico para 2014-2019.

145. O Comitê adotou a Resolução CE154.R14, incluindo várias modificações introduzidas pelo grupo de trabalho. Acordou-se que as consultas continuariam no período antes do 53º Conselho Diretor e que a Repartição revisaria o plano de ação com base no insumo recebido dos Estados Membros.

Plano de Ação para Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais (Documento CE154/18)

146. O Dr. Juan Carlos Silva (Assessor Regional de Cuidado dos Olhos e Prevenção da Cegueira, RSPA) observou que o plano de ação proposto para 2014-2019 ao Comitê era o resultado de um seminário regional realizado em Quito, Equador, em abril de 2013, no qual a maioria dos Estados Membros da OPAS participou. O plano estava em conformidade com os objetivos do plano de ação global aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde em 2013¹⁰ e a iniciativa Visão 2020 da OMS e da Agência Internacional para a Prevenção da Cegueira, e promovia os objetivos do Plano de Ação da OPAS para Prevenção da Cegueira e Deficiências Visuais Evitáveis,¹¹ adotado em 2009. Nos últimos cinco anos, estudos mostraram um aumento na cobertura e no acesso a serviços oftalmológicos e uma redução na prevalência da cegueira. Contudo, cerca de 26 milhões de pessoas ainda sofrem de deficiências visuais, sendo 3 milhões de cegos. Todos os segmentos da população, desde bebês prematuros a pessoas idosas, podem ser afetados pelas doenças que causam cegueira e deficiência visual, muitas das quais são evitáveis ou curáveis.

147. O plano de ação para 2014-2019 enfatiza a necessidade de continuar a gerar informação epidemiológica por meio de pesquisas demográficas sobre a prevalência de doenças dos olhos específicas, cobertura e qualidade do serviço e barreiras ao acesso. Esses estudos mostram que os serviços públicos oftalmológicos eram escassos em toda a Região. A descentralização dos serviços também era necessária para atender as áreas rurais e cidades pequenas onde a cegueira e a deficiência visual eram mais prevalentes. Outros objetivos do plano proposto incluíam a prevenção de retinopatia em bebês prematuros melhorando a qualidade da atenção em unidades de tratamento intensivo neonatal, desenvolvimento de programas eficazes para fornecer lentes de contato a crianças em idade escolar e a provisão de reabilitação e treinamento para pessoas com baixa visão.

148. O Comitê expressou apoio geral ao plano e ao projeto de resolução contido no Documento CE154/18. Contudo, sugeriu-se que a resolução deve reconhecer o contexto

¹⁰ Veja o Documento da OMS A66/11 (2013).

¹¹ Veja o Documento CD49/19 e a Resolução CD49.R11 (2009).

nacional em que cada Estado Membro deve atuar, já que a responsabilidade pela prestação da atenção à saúde nem sempre cabe ao nível nacional. Recomendou-se que a OPAS evite criar obrigações adicionais de informação para os Estados Membros utilizando indicadores avaliados no Plano Estratégico para 2014-2019 e no plano de ação global da OMS. Os delegados ressaltaram os problemas da cobertura inadequada para cirurgia de catarata, longas esperas e consequentes atrasos no diagnóstico e tratamento para pacientes que exigem atenção especializada e os altos níveis de visão baixa entre os idosos; esta última foi citada como uma questão cada vez mais importante no Caribe. Recomendou-se que o plano deve especificar as idades das crianças a serem selecionadas pelos programas escolares de saúde visual e sugeriu-se que pode se beneficiar da inclusão de estratégias destinadas a abordar a degeneração macular relacionada ao envelhecimento e conhecer mais sobre a epidemiologia, vigilância e prevenção de complicações oculares relacionadas ao uso de lentes de contato. Solicitou-se mais informação acerca do financiamento do plano; considerou-se que uma parte do financiamento disponível no âmbito global para a prevenção da cegueira e das deficiências visuais deve ser disponibilizada para a Região.

149. O Dr. Silva respondeu que uma equipe de organizações internacionais estava ajudando a financiar o plano e, portanto, seu financiamento não dependeria somente dos fundos ordinários da OPAS. Esclarecendo a relação do plano da OPAS com o plano de ação global da OMS, ele explicou que nas Américas o foco consistia mais em controlar certas doenças (retinopatia da prematuridade, retinopatia diabética, glaucoma), enquanto o plano da OMS estava mais orientado para o fortalecimento dos sistemas de saúde. A degeneração macular relacionada ao envelhecimento não tinha cobertura do plano porque no momento não havia nenhum tratamento eficaz para essa doença e, portanto, não estava suscetível a intervenções de saúde pública; mas sua prevalência continuaria a ser monitorada. Ele reconheceu que a Região enfrentava desafios em três áreas importantes: o baixo número de cirurgias de catarata realizadas por serviços oftalmológicos públicos, a ineficácia dos programas que fornecem óculos de grau para crianças e a falta de reabilitação e treinamento para pacientes com baixa visão. As soluções envolviam, respectivamente, provisão de capacitação em cirurgia de catarata e monitoramento dos resultados de visão, uso de critérios melhores para selecionar as crianças que recebem óculos de grau e acompanhamento para assegurar que elas os usam e inclusão de baixa visão como uma categoria de diagnóstico na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (ICD-11) para que os pacientes com esse diagnóstico possam ser encaminhados a serviços adicionais.

150. A Diretora comentou que era necessária uma mudança tática para reduzir a prevalência de deficiências visuais na Região. Os países devem procurar assegurar a descentralização de serviços preventivos e clínicos e sua incorporação ao primeiro nível de atenção. Serviços como o de cirurgia de catarata podem ser prestados a um custo muito mais baixo em simples instalações comunitárias do que em hospitais. A cooperação técnica entre os países permitiria que as lições fossem compartilhadas pelos países que descentralizaram de forma bem-sucedida seus serviços. Os serviços

preventivos devem utilizar programas escolares de saúde para identificar crianças com deficiência visual e encorajá-las a usar óculos de grau.

151. O projeto de resolução contido no Documento CE154/18 foi modificado para refletir as sugestões apresentadas durante a discussão do Comitê e adotado como Resolução CE154.R9.

Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária (Documento CE154/19)

152. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor interino, Departamento de Preparativos para Emergências e Socorro em Caso de Desastres, RSPA), apresentando o plano de ação proposto, assinalou que, além do grande impacto sobre o bem-estar físico, mental e social das populações afetadas, os desastres também acentuam desigualdades e iniquidades existentes, principalmente entre mulheres, idosos e pessoas com deficiências ou que vivem em situações vulneráveis. Graças ao compromisso e trabalho dos Estados Membros na preparação para desastres, a maioria dos países das Américas agora tem a capacidade de responder a emergências ou desastres de escala moderada utilizando seus próprios recursos humanos e materiais. Os esforços dos Estados Membros também contribuíram para o estabelecimento do Centro de Operações de Emergência na Sede da OPAS. Contudo, quando ocorrem desastres de grande magnitude, a assistência internacional continuava sendo necessária para complementar os esforços dos países afetados.

153. O objetivo do plano de ação proposto era fortalecer a capacidade dos Estados Membros de coordenar tanto o recebimento quanto a provisão de assistência humanitária internacional. O plano aborda três áreas estratégicas, descritas em detalhes no documento. Além disso, contribuiria para a consecução dos objetivos I e IX do Plano Estratégico da OPAS para 2014-2019. O monitoramento e avaliação do plano seriam feitos em conformidade com o quadro de gestão baseada nos resultados da Organização.

154. O Comitê Executivo recebeu com agrado o plano de ação proposto, considerando seus objetivos extremamente relevantes devido à alta vulnerabilidade de certos grupos e as consequências da mudança climática. Os delegados consideraram que as atividades indicadas no plano ajudariam as autoridades locais a coordenar eficazmente a prestação da assistência para minimizar a duplicação e assegurar que a ajuda chegue às populações afetadas; o plano também contribuiria para a tarefa essencial de fortalecer e expandir parcerias estratégicas de cooperação internacional ao fornecer assistência humanitária rápida e eficaz em saúde.

155. Os delegados elogiaram o fato de que o plano de ação se baseava nos grandes avanços feitos pela Repartição e pelos Estados Membros no desenvolvimento de suas capacidades para prevenção e resposta a desastres e ressaltaram a necessidade de alinhar os novos processos e mecanismos de coordenação do plano com os sistemas nacionais de gestão de emergência e com o sistema internacional de resposta humanitária. Ressaltando que o plano de ação era voluntário e que não daria certo se tentasse impor ação

obrigatória, alguns membros do Comitê alertaram contra a impressão de que as metas listadas criavam obrigações para os Estados.

156. Sugeriu-se que o plano de ação deve ter um aspecto preventivo, além da resposta. Uma abordagem preventiva reduziria o futuro impacto de desastres mesmo antes de eles acontecerem, e isso incluiria características como o fortalecimento dos sistemas nacionais de proteção civil, a expansão da estratégia para hospitais seguros e capacitação das equipes de saúde para, através de jogos, reduzir o impacto mental de desastres sobre as crianças.

157. Vários delegados sugeriram que as referências a “equipes médicas” no plano e no projeto de resolução contidos no Documento CE154/19 devem ser substituídas por “equipes de saúde” para refletir a abordagem multidisciplinar necessária. Sugeriu-se também que essas equipes devem ser capacitadas segundo padrões internacionais, incluindo os do Projeto Esfera. Considerou-se importante identificar uma fonte de financiamento para a viagem dos profissionais que compõem as equipes internacionais e assegurar seguro de saúde e de vida, já que viajarão para áreas de risco. Também se considerou importante estabelecer a prestação de contas por parte dessas equipes.

158. Solicitou-se informação adicional acerca do mecanismo flexível que estava sendo proposto para registrar equipes médicas estrangeiras e acerca do que se pretendia alcançar com o registro. Também se solicitou mais informação sobre o estabelecimento da rede de saúde para emergências e desastres nas Américas, principalmente se já havia um conceito relacionado aos papéis e responsabilidades dos membros da rede ou se essa questão seria abordada após o estabelecimento da rede. Sugeriu-se planejar uma avaliação da rede para identificar as lições aprendidas durante uma emergência real. Sugeriu-se também que o plano de ação pode ser implementado inicialmente na forma de um projeto-piloto, envolvendo um número limitado de Estados Membros interessados para testar e validar as ações propostas e as três áreas estratégicas.

159. Assinalou-se que, embora o Anexo B do Documento CE154/19 indique que não seria necessária uma equipe adicional para implementar o projeto de resolução, também assinalava que um coordenador de logística devia ser contratado. Solicitou-se esclarecimento sobre o papel desse funcionário. Especificamente, questionou-se se um aspecto de seu trabalho seria o de continuar com o trabalho do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação das Questões Humanitárias (OCHA). Assinalou-se também que, desde que o assunto foi discutido em 2012 pela 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana,¹² os custos estimados haviam aumentado em cerca de US\$ 30.000 por ano. Solicitou-se que a Repartição explique o aumento e indique como o financiamento voluntário necessário seria mobilizado e que medidas de contingência seriam adotadas caso o financiamento adequado não possa ser obtido.

160. O Dr. Ugarte observou com agrado o nível de apoio e acordo expressado pelos Estados Membros. Com referência aos comentários relacionados às equipes médicas

¹² Veja o Documento CSP28/13 e a Resolução CSP28.R19 (2012).

estrangeiras, ele explicou que a meta era assegurar que os profissionais médicos envolvidos na resposta a desastres cumprissem um determinado padrão de atenção médica. No momento, não havia um padrão comum de atenção aplicável a esse pessoal, embora o assunto esteja sendo trabalhado no nível global. Ele explicou também que todo o pessoal mobilizado pela Organização para responder a um desastre tinha cobertura de seguro de saúde e contra acidentes, e que a segurança dessa cobertura faria parte do mecanismo de registro a ser desenvolvido dentro do plano de ação.

161. A Diretora ressaltou a importância do plano de ação para a Região. Com a mudança climática, os desastres e emergências se tornariam mais frequentes e graves. Esses eventos exercem pressão significativa sobre os recursos nacionais, especialmente no caso das ilhas do Caribe, alguns países da América Central e todos os países prioritários. Esse foi a razão do estabelecimento de parcerias e redes entre os países da Região, assim como do fortalecimento da capacidade da Organização para trabalhar com outras agências envolvidas na assistência humanitária. Era preciso atribuir ênfase ao fortalecimento da capacidade no nível nacional e, especialmente, no nível local, já que as equipes locais seriam as primeiras a chegar ao local. Observando que a OPAS enviou equipes para fornecer assistência após o tufão Haiyan nas Filipinas, ela disse que a Organização se prontificou para oferecer assistência no âmbito regional, nacional ou local, onde fosse necessária.

162. O projeto de resolução contido no Documento CE154/19 foi modificado para refletir os comentários e sugestões apresentados durante a discussão do Comitê e adotado como Resolução CE154.R11.

Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde (Documento CE154/20, Rev. 1)

163. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA), apresentando o Documento CE154/20, Rev. 1, lembrou que o direito à saúde fora concebido e acordado como princípio internacional fundamental na Constituição de OMS de 1946, que reconheceu que “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano.” Desde então, muitos países ratificaram tratados e instrumentos internacionais que reconheceram o direito à saúde, que encontra-se consagrado também nas constituições de 19 Estados Membros da OPAS.

164. Ao longo dos anos, os Órgãos Diretores da OPAS aprovaram inúmeras resoluções que instaram os Estados Membros a formular, implementar, revisar e/ou reformar leis e regulamentações relacionadas com diversas questões de saúde pública. O Plano Estratégico 2014-2019 também conclamou ao uso de marcos legais e normativos como mecanismos chave para abordar uma ampla gama de questões, inclusive as doenças não transmissíveis, os determinantes sociais da saúde e a cobertura universal de saúde. Embora os Órgãos Diretores tenham estabelecido algumas diretrizes técnicas e princípios gerais a respeito da formulação e reforma das leis nacionais relacionadas a questões de saúde, eles não identificaram especificamente como a Repartição poderia apoiar melhor

os Estados Membros para este fim; portanto, considerou-se importante formular linhas específicas de ação em um único documento técnico respaldado por uma resolução.

165. A estratégia proposta compilou as diversas recomendações sobre legislação relacionada à saúde encontradas nas resoluções aprovadas pelos Órgãos Diretores nos 10 anos anteriores; analisou as categorias de leis relacionadas à saúde e suas principais relações com as políticas de saúde pública; e identificou as grandes tendências e desafios observados entre 2004 e 2013. Uma destas tendências foi um número crescente de solicitações por parte dos Ministérios da Saúde, legislaturas, tribunais e escritórios de direitos humanos dos Estados Membros, pedindo assessoria técnica para a formulação e/ou reforma das leis, regras e regulamentações relacionadas à saúde.

166. O documento CE154/20, Rev. 1, apresentou os valores, visão, finalidade, objetivos e linhas estratégicas de ação propostos para a estratégia. Incluía seis linhas estratégicas de ação que os países poderiam implementar conforme apropriado dentro dos seus respectivos regimes jurídicos nacionais.

167. No debate que se seguiu, alguns delegados expressaram firme apoio à estratégia e à resolução propostas, que julgaram ser pragmáticas e permitiriam aos Estados Membros, com apoio da Repartição, identificar os objetivos e atividades necessários para fortalecer suas leis de modo a garantir o acesso à assistência de saúde sem discriminação, apoiar a organização dos serviços de saúde, implementar os princípios estabelecidos sob políticas públicas e fortalecer a colaboração entre o setor da saúde e outros setores. Acreditaram também que as atividades contempladas pela estratégia ajudariam a proteger o direito à saúde, apoiar a implementação do enfoque da saúde em todas as políticas e contribuir para o avanço da cobertura universal de saúde. Os delegados externaram sua gratidão à Repartição pelo apoio já recebido no fortalecimento da legislação relacionada à saúde nos Estados Membros, principalmente na área de controle do tabaco.

168. Outros delegados, embora apreciadores do esforço em estabelecer uma estrutura para a cooperação técnica na área da legislação relacionada à saúde, julgaram a estratégia possivelmente ambiciosa em excesso e de alcance demasiado grande, com potencial para repetição de esforços da Repartição em outras áreas. Por exemplo, uma delegada observou sobreposição significativa entre alguns objetivos da estratégia e aqueles do plano de ação proposto para a saúde em todas as políticas (ver parágrafos 134 a 145 acima). Vários delegados também consideraram que o objetivo prático da estratégia e as funções da Repartição não estavam inteiramente claros, e alguns questionaram se a Repartição atualmente possuía a perícia e os recursos humanos necessários para fornecer cooperação técnica do grau e tipo contemplado pela estratégia.

169. Apontou-se falta de convergência entre a estratégia, que concentra-se nas ações a serem realizadas pela Repartição, e o projeto de resolução contido no Documento CE154/20, Rev.1, que concentrou-se principalmente em ações que os Estados Membros devem tomar de modo a realizar o direito ao gozo do melhor estado de saúde possível de ser atingido. Considerou-se que tal exercício na definição do conceito de direitos humanos ultrapassava o mandato e a competência da Organização. Uma delegada disse

que a estratégia definia erroneamente o direito à saúde e o confundia de maneira inapropriada com todas as leis relacionadas à saúde pública e outras intervenções relacionadas à saúde, e que referia-se indistintamente a documentos ambiciosos sem força jurídica e a tratados com caráter vinculante junto aos Estados Partes.

170. Ressaltou-se que a Repartição deveria fornecer assistência técnica somente a pedido dos Estados Membros e de acordo com seus contextos e necessidades; de outro modo, tal assistência poderia ser vista como uma ingerência contra o direito soberano dos países de adotarem suas próprias leis e políticas e escolherem implementar ou não as recomendações emanadas da OPAS e da OMS. A sistematização das informações sobre a legislação relacionada à saúde para facilitar o intercâmbio de experiências e a identificação de boas práticas foram mencionadas como outras funções importantes para a Repartição. Assinalou-se que a sistematização dos mandatos e resoluções dos Órgãos Diretores ajudaria a evitar a duplicação de discussões e a criação de novas recomendações para temas já abordados.

171. Vários delegados ressaltaram a necessidade de dar ênfase à capacitação, principalmente no âmbito local, embora assinalassem que alguns países já possuíam capacidade suficiente implantada. Também mencionou-se que a incapacidade de sancionar leis para promover e proteger a saúde é frequentemente o resultado de resistência política, não de falta de capacidade. Considerou-se que a Repartição deve priorizar o apoio aos Estados Membros para permitir-lhes cumprir com as suas obrigações internacionais legais e vinculantes, e para fazer cumprir as leis e regulamentações relevantes, por exemplo, no marco do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Inclusive, recomendou-se mencionar a Convenção-Quadro explicitamente na estratégia. Também incentivou-se a Repartição a ajudar os países ao usar as flexibilidades disponíveis sob o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS) de modo a aumentar o acesso a medicamentos e outros recursos de saúde, e considerou-se importante a assessoria técnica com relação aos possíveis impactos sanitários de acordos de livre comércio.

172. Um delegado pediu esclarecimento sobre se a Repartição pretendia propor um plano de ação com indicadores para medir os resultados da implementação da estratégia, e destacou a dificuldade crescente enfrentada pelos Estados Membros em responder às solicitações de dados sobre as muitas estratégias e planos de ação adotados pelos Órgãos Diretores.

173. Considerando as questões levantadas durante a discussão, várias delegações solicitaram a realização de consultas intersessionais sobre a estratégia e que a Repartição, levando em consideração os subsídios recebidos, produzisse posteriormente uma estratégia revisada para a apreciação pelo 53º Conselho Diretor. O Comitê decidiu formar um grupo de trabalho com o objetivo de alcançar consenso a respeito de um projeto de resolução a ser recomendado ao Conselho Diretor e dar início às discussões sobre as revisões a serem feitas à estratégia. El Salvador ofereceu-se para presidir o grupo de

trabalho. Várias delegações indicaram que apresentariam observações adicionais por escrito sobre a estratégia e o projeto de resolução.

174. A Dra. Jiménez frisou que a Repartição não teve intenção alguma de usurpar o direito soberano dos Estados de adotar suas próprias disposições e estruturas legais. Efetivamente, a estratégia foi estabelecida sobre a premissa fundamental de que quaisquer medidas tomadas pelos Estados Membros na área jurídica precisariam estar de acordo com seus regimes jurídicos respectivos e com as obrigações já por eles assumidas. Declarou também que havia escutado atentamente as observações e sugestões dos Estados Membros e que não via a hora de trabalhar com eles para alcançar um consenso a respeito de uma versão revisada da estratégia a ser apresentada ao Conselho Diretor. A Repartição incorporaria as diversas emendas sugeridas, inclusive as referências às flexibilidades do Acordo TRIPS e outras questões de propriedade intelectual. Também continuaria a apoiar os Estados Membros que solicitaram assistência para a formulação e implementação de legislação relacionada ao tabaco. Em resposta às perguntas com respeito à disponibilidade de recursos humanos para implementar a estratégia, ela informou que, além de consolidar os diversos mandatos e linhas de ação que dizem respeito à legislação relacionada à saúde, no último ano, a RSPA também consolidou sob uma única área técnica-legal todo o pessoal que anteriormente se encontrava disperso através de diversos departamentos. A Dra. expressou sua certeza de que a Repartição possuía recursos humanos suficientes para prestar cooperação técnica em legislação relacionada à saúde se solicitada pelos Estados Membros.

175. A Diretora afirmou a Repartição não pretendia de maneira alguma infringir os direitos ou responsabilidades dos Estados Membros, e concordou que era importante esclarecer os papéis que os Estados Membros gostariam que fossem desempenhados pela Repartição na área de a legislação relacionada à saúde. Ela observou que a Repartição havia formulado a estratégia em resposta às solicitações dos Estados Membros, muitos dos quais estavam tentando resolver graves questões legais e regulamentares em relação à saúde, ao acesso à assistência de saúde, ao controle do tabagismo e a outros assuntos que afetam a possibilidade da população de gozar do melhor estado de saúde possível.

176. O Comitê Executivo não chegou a um consenso em relação ao projeto de resolução a ser encaminhado ao Conselho Diretor. Alguns membros sugeriram as que as ações a respeito deste assunto fossem adiadas até 2015, de modo a dar mais tempo para consulta entre os Estados Membros; outros assinalaram que o grupo de trabalho havia feito grandes avanços em direção a um consenso e consideraram que seria possível concordar com uma versão revisada da estratégia antes do 53º Conselho Diretor. O Comitê acabou por concordar em manter o assunto na agenda provisória do Conselho; o Conselho poderia então decidir, dependendo do resultado das consultas intersessionais, se deveria seguir adiante com a sua apreciação do tema ou adiá-la até 2015. Se decidisse seguir adiante, um Estado Membro ou grupo de Estados Membros poderiam propor um projeto de resolução nesse momento.

Assuntos Administrativos e Financeiros***Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas (Documento CE154/21, Rev. 1 e Add. I)***

177. O Sr. Michael Lowen (Diretor do Departamento de Gestão de Recursos Financeiros da RSPA), observando que o Documento CE154/21, Rev. 1 e Adendo I continham informações sobre as cotas até 9 de junho de 2014, informou que, após esta data, a Repartição havia recebido pagamentos adicionais de \$18.108 da Costa Rica e \$89.466 do Paraguai. Como resultado da estratégia da Repartição para aumentar o recebimento das contribuições fixas e o compromisso demonstrado pelos Estados Membros com o trabalho da Organização, 96% das contribuições atrasadas foram pagas, restando um balanço a pagar de \$1,6 milhão. Atualmente, nenhum Estado Membro está sujeito às restrições de voto contempladas pelo Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

178. Dezoito Estados Membros haviam pago suas contribuições fixas integralmente. Porém, estes pagamentos totalizaram somente \$26,3 milhões, o que equivale a 24,9% da quantia total devida para 2014. Por conseguinte, a Repartição foi obrigada a utilizar o Fundo de Capital de Giro e outros recursos internos para financiar a implementação de suas atividades. O saldo do Fundo de Capital de Giro em 31 de dezembro de 2013 era de \$15,9 milhões. A Diretora havia restaurado o Fundo ao seu nível autorizado de \$20 milhões após a quitação de um empréstimo ao Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, mas as despesas do orçamento ordinário de 2014 até o momento totalizaram \$34,7 milhões. As contribuições fixas recebidas haviam sido insuficientes para cobrir esta quantia; assim sendo, o Fundo de Capital de Giro estava completamente esgotado.

179. A Diretora confirmou que a Repartição enfrentou sérias dificuldades financeiras decorrentes dos atrasos no pagamento das contribuições fixas dos Estados Membros. Ela agradeceu aos Estados Membros que haviam pago suas contribuições fixas para o ano e apelou àqueles que ainda não haviam efetuado os pagamentos referentes ao ano atual para fazerem o possível para quitá-los.

180. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE154.R1, agradecendo os Estados Membros que efetuaram seus pagamentos para 2014 e para os anos anteriores e instando os outros Estados Membros a pagarem suas contribuições pendentes o mais breve possível.

Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013 (Documento Oficial 347)***Relatório Financeiro do Diretor correspondente a 2013***

181. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou sobre o exame pelo Subcomitê de uma versão preliminar e não auditada do Relatório Financeiro, observando que o Subcomitê havia externado sua preocupação com a insuficiência das receitas diversas e com o atraso no pagamento das

contribuições fixas, e havia instado a Repartição para continuar seus esforços para cobrar as contribuições pendentes.

182. O Sr. Michael Lowen (Diretor do Departamento de Gestão de Recursos Financeiros da RSPA) apresentou os destaques do Relatório Financeiro do Diretor, o qual revelou que a situação financeira da Organização permaneceu forte, apesar das dificuldades criadas pela conjuntura econômica global e pelo financiamento do passivo correspondente a benefícios pós-emprego a longo prazo. A receita total consolidada para 2013 subiu para \$1,14 bilhão, um aumento de 16% em relação a 2012. Este aumento foi devido principalmente a aumento na receita dos fundos de compras da Organização, principalmente o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, assim como um aumento nas contribuições voluntárias da OPAS para programas plurianuais de saúde pública.

183. O orçamento ordinário aumentou de \$137,6 milhões em 2012 para \$140,6 milhões em 2013, incluindo \$96,2 milhões das contribuições fixas da OPAS, \$42,5 milhões da OMS e \$1,9 milhões em receitas diversas. As receitas diversas foram \$1,4 milhão inferiores às de 2012 (\$3,3 milhões), e drasticamente inferiores ao montante orçado, de \$6 milhões. As baixas taxas de juros mundiais continuaram reduzindo os juros obtidos na carteira de investimentos da Organização, que soma aproximadamente \$620 milhões. Contribuições fixas ainda pendentes no final de 2013 somavam aproximadamente \$39 milhões. Devido ao déficit orçamentário bienal, o Fundo de Capital de Giro havia sido debitado em \$4,1 milhões até 31 de dezembro de 2013, resultando em um saldo de \$15,9 milhões.

184. As despesas consolidadas em 2013 foram ligeiramente superiores a \$1,1 bilhão. As atividades de compras em nome dos Estados Membros representaram \$581 milhões desta quantia, e as despesas com as atividades financiadas pelas contribuições voluntárias nacionais representaram \$287 milhões.

Relatório do Auditor Externo para 2013

185. O Sr. Javier Medina Guijarro (Tribunal de Auditoria da Espanha), apresentando o relatório do Auditor Externo, disse que, no seu segundo ano como Auditor Externo da Organização, o Tribunal de Auditoria da Espanha continuou a aprender sobre a OPAS, seus procedimentos e o ambiente no qual opera, o que proporcionou uma melhor compreensão dos desafios e riscos enfrentados pela Organização. O Tribunal se esforçou em adaptar suas recomendações às necessidades da OPAS e em assegurar que seus serviços representassem real valor agregado para a Organização.

186. Uma equipe de 11 auditores fez duas visitas à sede da OPAS, às Representações da OPAS/OMS no Brasil, no México, no Panamá e ao Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA). Os membros da equipe também participaram da 7ª e da 8ª Sessão do Comitê da Auditoria da OPAS. Como resultado deste trabalho, o Auditor Externo preparou os documentos que compuseram o relatório do Auditor Externo, contido no *Documento Oficial 347*. As conclusões mais significativas do trabalho do Auditor Externo encontram-se no Relatório Completo sobre a Auditoria dos

Demonstrativos Financeiros de 2013 e no Parecer e no Relatório dos Auditores Independentes ao Conselho Diretor. O Sr. Guijarro teve o prazer de informar que o Auditor Externo publicou um parecer de auditoria sem ressalvas sobre os demonstrativos financeiros da Organização para 2013.

187. O Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila (Tribunal de Auditoria da Espanha), destacando números da análise financeira contida no Relatório Completo, observou que a Organização registrou uma perda líquida de \$2,66 milhões em 2013, ao passo que em 2012, havia registrado um excedente de \$8,875 milhões. Embora a receita total tenha crescido 16,4%, de \$978,5 milhões em 2012 para \$1.139,4 milhões em 2013, as despesas aumentaram de \$969,7 milhões para \$1.142,1 milhões. Como observou o Sr. Lowen, o crescimento na receita foi principalmente devido a aumento das receitas dos fundos de compras, que representaram 52% da renda da Organização, e das contribuições voluntárias nacionais, especialmente para o projeto Mais Médicos do Brasil, para o qual OPAS recebeu \$159,8 milhões em 2013. O ativo circulante diminuiu em \$88,7 milhões, e embora a OPAS tenha tido recursos suficientes para cumprir com suas atuais obrigações financeiras, este ativo precisa ser vigiado cuidadosamente de modo a assegurar a estabilidade financeira da Organização.

188. Ele então resumiu as recomendações propostas no relatório, que incluíram a elaboração de um plano de contingência para mitigar os riscos associados ao projeto Mais Médicos, principalmente processos e outros desafios jurídicos; medidas para melhorar o cumprimento das Normas Internacionais de Contabilidade para o Setor Público (IPSAS), principalmente em algumas representações de país; medidas para assegurar que o projeto do Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS) seja concluído a tempo e para assegurar que haja recursos humanos e financeiros suficientes para operar o sistema; uma análise de todas as cartas de acordo e o estabelecimento de datas-limite para seu fechamento, assim como a formulação de uma nova política objetivando evitar o mal uso de tais acordos; e medidas para evitar gasto excessivo dos recursos no final de um período orçamentário e assegurar o uso mais eficaz de recursos e a economia. Com respeito à implementação de recomendações anteriores, o Auditor Externo declarou-se satisfeito que a Repartição estava tomando medidas para abordar as questões levantadas, particularmente com respeito ao projeto PMIS, o que evidenciava o compromisso da Organização em melhorar seus sistemas e procedimentos de gestão e controle.

189. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o parecer sem ressalvas dos auditores independentes. Considerou-se preocupante o fato de a Organização ter concluído o biênio de 2012-2013 com um déficit de \$2,66 milhões, e incentivou-se a Repartição a tomar as medidas necessárias para assegurar a continuidade das atividades e projetos, melhorando a eficiência da gestão e aumentando a mobilização de recursos. Também reconheceu-se a diminuição do ativo circulante, e solicitou-se à Repartição que fornecesse informações sobre o que poderia ser esperado para o exercício financeiro de 2014; especialmente, solicitaram-se informações a respeito de como a insuficiência das receitas diversas, a diminuição das contribuições voluntárias, e os atrasos no recebimento das contribuições fixas vêm repercutindo nas atividades da Organização. Solicitou-se uma atualização da

posição a respeito do recebimento pela OPAS das contribuições voluntárias da OMS, e pediu-se à Repartição que desse sua opinião sobre quais medidas os Estados Membros poderiam tomar para assegurar que a Região recebesse sua parte de tais contribuições. Incentivou-se a Repartição a seguir a recomendação do Auditor Externo no sentido de tomar medidas nos próximos 3 a 5 anos para enfrentar o desafio de cumprir suas obrigações com os benefícios dos empregados a longo prazo, principalmente o seguro-saúde pós-serviço.

190. Expressou-se preocupação a respeito dos repetidos atrasos na implementação do projeto de PMIS, embora que a situação reconhecidamente melhorou em 2013. Mencionou-se que o estouro do cronograma do projeto havia resultado em um aumento dos custos, fazendo com que o projeto excedesse seu orçamento original em cerca de \$2,2 milhões. Instou-se a Repartição a garantir que seja comprado todo o software necessário de modo a assegurar que os prazos de implementação futuros fossem cumpridos, e estimulada a tomar todas as medidas necessárias para assegurar que o sistema de gestão de riscos corporativos estivesse plenamente operacional. Foram solicitadas informações sobre como a Repartição pretendia financiar o investimento necessário para as melhorias de informática e segurança, além de garantias sobre o bom uso do dinheiro já gasto para esta finalidade.

191. O Delegado do Brasil assinalou que todos os processos contra o projeto Mais Médicos haviam sido rejeitados e informou que o plano de contingência recomendado havia sido posto em prática em julho de 2013. O projeto, que forneceu acesso à atenção primária à saúde a 50 milhões de brasileiros que anteriormente careciam dele, recebeu o apoio de 80% de população do país.

192. O Sr. Sánchez del Águila afirmou que os atuais aplicativos de software da Repartição estão obsoletos e não são apropriados para preparar e manter os registros financeiros requeridos pelas IPSAS, e que era portanto fundamental realizar a modernização do software e implementar o novo sistema de informação para gestão o mais brevemente possível.

193. O Sr. Lowen afirmou que a redução do ativo circulante não representou um problema para a gestão das responsabilidades atuais, e assegurou ao Comitê que a Repartição estava acompanhando a situação cuidadosamente e também monitorando de perto a implementação do projeto PMIS. Disse também que seu departamento estava implementando o componente de folha de pagamento e auxiliando na implementação do componente de recursos humanos. O componente de finanças seria implementado em 2015.

194. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração, RSPA) observou que eram necessárias informações adicionais sobre o projeto PMIS, e que uma proposta para garantir o financiamento necessário para tal e várias outras iniciativas seriam apresentadas sob pontos da ordem do dia separados (ver “Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro,” parágrafos 219 a 227, e “Situação do Projeto para a

Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA,” parágrafos 235 a 242 a seguir).

195. A Diretora acrescentou que maiores informações sobre o seguro-saúde pós-serviço também seriam apresentadas sob outro ponto da ordem do dia (ver parágrafos 212 a 218 abaixo). Ela desejava assegurar aos Estados Membros do compromisso da Repartição em garantir que a OPAS continuasse apta para sua missão e economicamente viável. A Repartição estava também comprometida com a implementação das recomendações da Auditoria Externa, da Auditoria Interna e do Comitê de Auditoria, e implantou um sistema para acompanhamento do progresso destas atividades. A implementação de muitas destas recomendações dependia da implantação do PMIS. Nesse sentido, ela observou que o processo de transferência interna de pessoal estava quase completo e que a Repartição estava se atendo ao cronograma de implementação apresentado aos Estados Membros em 2013. Espera-se que o componente de recursos humanos esteja plenamente implementado o mais tardar em janeiro de 2015, e o componente de folha de pagamento, o mais tardar em dezembro de 2015. Publicou-se uma solicitação de propostas para compra do software necessário para o módulo de tesouraria, e o processo de seleção estava em andamento.

196. Os custos do projeto PMIS realmente excederam o previsto sob o orçamento aprovado em 2010, mas tais custos adicionais foram inevitáveis, pois foram necessários softwares e sistemas sob medida para atender as necessidades da Organização; em 2010, havia sido impossível prever exatamente estes custos. A Diretora observou que a Repartição havia negociado reduções de valores em vários contratos e assegurou ao Comitê que estava trabalhando para manter o gasto total o mais próximo possível do orçamento original de \$20,3 milhões.

197. Um consultor do Centro de Computação das Nações Unidas havia realizado recentemente uma avaliação dos sistemas de computação da Repartição e havia descoberto que uma modernização de grande porte era necessária, não somente para a implantação do PMIS mas também por causa de uma insuficiência crônica de investimento na tecnologia da informação (TI). Devido a esta deficiência, a OPAS encontrava-se atualmente classificada no nível mais baixo da Gartner Enterprise IT Maturity Scale. A Diretora pediu ao consultor que indicasse o que era preciso fazer de imediato para manter os sistemas de computação funcionando e propusesse um plano escalonado para modernizá-los e permitir à Repartição operar com capacidade máxima. A Repartição prepararia um relatório para a próxima sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração e uma proposta para o financiamento das melhorias necessárias.

198. Com respeito a outras recomendações do Auditor Externo, foi recrutado um funcionário adicional para apoiar o processo de gestão de riscos corporativos e foram realizadas mudanças para melhorar a identificação, avaliação e mitigação dos riscos. Tratando-se das cartas de acordo, muitas daquelas que permaneceram abertas correspondem a convênios com Estados Membros, um remontando a 2004, cujos relatórios finais requeridos ainda não haviam sido recebidos. A Repartição estava

examinando uma maneira de fechar os acordos em casos nos quais o relatório aparentemente nunca seria recebido, e estava também simplificando o uso de tais acordos de modo a manter um controle mais rígido dos gastos. De modo a mitigar qualquer risco futuro legal associado ao projeto Mais Médicos, a Repartição estava tomando medidas para melhorar os controles internos, inclusive com o recrutamento de um especialista em compliance e de um responsável da área de finanças, fortalecimento do componente de monitoramento e avaliação do projeto e nomeação de um gerente de projeto dedicado exclusivamente ao programa Mais Médicos. A Diretora observou que todo o financiamento do projeto, inclusive os custos diretos e indiretos, estava sendo fornecido pelo Governo do Brasil.

199. Quanto ao impacto da redução das contribuições voluntárias e das receitas diversas, a Repartição esperava um déficit dentre \$40 milhões e \$50 milhões, ou talvez maior ainda, no orçamento para o biênio. De modo a reduzir os custos do orçamento ordinário, foram tomadas medidas para reduzir o componente de recursos humanos do orçamento, inclusive com congelamento de postos, manutenção de vagas em aberto e redução do número de consultores a curto prazo contratados. Porém, a magnitude destas reduções, unidas à diminuição nas contribuições voluntárias, estava afetando seriamente capacidade da Repartição de prestar cooperação técnica nos mesmos níveis que no passado. Como observado no parágrafo 63 acima, a Repartição estava trabalhando de perto com a Fundação da OPAS e os representantes da OPAS/OMS para impulsionar a captação de recursos.

200. Até o momento, as Américas ainda não haviam recebido nenhuma contribuição voluntária da OMS para 2014, embora o orçamento da OMS estivesse quase 90% financiado, graças a diálogos financeiros. Porém, a Região não estava só: a diretora-geral ainda não havia alocado financiamento voluntário algum a quaisquer das regiões. A participação ativa e contínua dos Estados Membros das Américas nas discussões sobre a alocação do orçamento seria importante para assegurar que a Região receba uma proporção justa do orçamento de OMS e que seu próprio orçamento esteja adequadamente provido.

201. Como sabido pelos Estados Membros, historicamente, a Região recebeu só cerca da metade de sua dotação das contribuições voluntárias da OMS, e recebeu um nível significativamente inferior de recursos do orçamento ordinário da OMS que outras regiões. Isso foi em parte porque a OPAS também recebeu contribuições fixas diretamente de seus Estados Membros, e este fato foi levado em consideração ao determinar a alocação da OMS à Região. Porém, como enfatizou-se continuamente nas discussões com os funcionários da OMS, os Estados Membros das Américas também contribuem ao orçamento de OMS, e a Região contribuiu de maneira significativa aos avanços e resultados globais alcançados pela OMS.

202. Com relação às contribuições voluntárias, era importante compreender que, quando tais contribuições foram captadas em outras regiões, foram consideradas como parte da sua alocação de contribuições voluntárias da OMS. As contribuições voluntárias

realizadas diretamente à OPAS não foram contadas como tal, mas algumas pessoas do Secretariado da OMS opinaram de que deveriam ser contadas como tal.

203. A Diretora agradeceu aos Estados Membros pelo seu interesse continuado na saúde financeira da Organização.

204. O Comitê tomou nota dos relatórios.

Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação (Documento CE154/22)

205. O Sr. David O'Regan (Interventor Geral do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação da RSPA), destacando os pontos principais do relatório, disse que os parágrafos 1 a 12 abordavam os antecedentes do trabalho de assessoria independente do Escritório, inclusive seus recursos; os parágrafos 13 a 37 resumiam os resultados e as recomendações das auditorias temáticas e auditorias das representações nos países e Centros Pan-Americanos realizadas durante o ano; os parágrafos 38 a 40 descreviam a evolução do trabalho do Escritório, de acordo com desenvolvimentos paralelos na função de avaliação da OMS; os parágrafos 41 a 45 informavam sobre a situação da implementação de recomendações do Escritório; e os parágrafos 46 a 51 continham a opinião geral do Escritório sobre o ambiente interno de controle da Repartição, que aparentava ter melhorado gradual mas sensivelmente nos últimos meses.

206. O Comitê acolheu com satisfação o trabalho do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação, e expressou seu agradecimento tanto pelas avaliações temáticas como pelas avaliações de país. Observando que a Diretora e seus colegas estavam fazendo sérios esforços para abordar as recomendações emanadas destas avaliações, o Comitê lhes incentivou a concluir o processo com brevidade.

207. Uma delegada solicitou informações adicionais a respeito de um passivo a descoberto para os pagamentos finais ao pessoal contratado através de agências de emprego, principalmente na representação da OPAS/OMS em Honduras. Ela perguntou sob quais arranjos deu-se a contratação de tal pessoal, se estavam sendo usados como consultores e por que tais pagamentos finais não haviam sido previstos com antecedência. A mesma delegada observou a opinião do Escritório de Supervisão Interna de que o programa de livros de texto, PALTEX, não deveria ser ampliado até que a administração tenha realizado uma avaliação integral do mesmo, especialmente tendo-se em vista o relatório do Escritório de Ética (ver parágrafos 29 a 36 acima), que relatou roubos e perdas superiores a \$79.000 detectados no programa.

208. O Sr. O'Regan disse que a questão dos pagamentos finais devidos ao pessoal contratado através de agências de emprego guardava relação com a descoberta que, em alguns casos, as responsabilidades não realizadas que precisavam que ser registradas sob as normas IPSAS nem sempre haviam sido incluídas nos demonstrativos financeiros. O caso de Honduras fora um de vários, mas ele entendeu que a administração agora havia realizado um estudo de todos os escritórios para identificar todas as responsabilidades

deste tipo, de acordo com as IPSAS. O direito aos benefícios finais fora devido em grande parte aos requisitos regulamentares e jurídicos dos diversos países; em alguns destes países, o pessoal contratado através de agências que trabalha por longos períodos adquire direitos parecidos aos de funcionários contratados.

209. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração da RSPA) disse que o pessoal contratado através de agências fora usado para tarefas de apoio administrativo, não como consultores. Ele acrescentou que todos os roubos e perdas observadas no contexto do PALTEX foram recuperados e, portanto, não houve nenhum custo real à OPAS.

210. A Diretora disse que a Repartição levou muito a sério as recomendações do Auditor Interno e seu escritório. Ela teve reuniões periódicas com o Auditor para compreender plenamente seus resultados e recomendações. A Repartição havia solicitado que o Auditor Interno investigasse o PALTEX e estava buscando uma avaliação completa das recomendações emanantes. Pretendia tomar as medidas necessárias para assegurar que o programa estava prestando cooperação técnica eficaz aos Estados Membros e para examinar se poderia ser ampliado a partes da Região ainda não cobertas.

211. O Comitê tomou nota do relatório.

Financiamento de Seguro-Saúde Pós-serviço da OPAS (Documento CE154/23)

212. A Dra. Jean Dixon (Representante do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração, RSPA) informou que o Subcomitê havia examinado várias opções propostas para o financiamento do seguro-saúde pós-serviço para os funcionários da OPAS e constatara que todas as opções eram viáveis, mas considerara o desconto de uma sobretaxa na folha de pagamento como indesejável, pois poderia reduzir os recursos disponíveis para cooperação técnica. Externou-se apoio a um enfoque de investimento um pouco mais dinâmico, com a condição de que não colocasse as contribuições voluntárias ou os recursos do orçamento ordinário em risco.

213. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração da RSPA) forneceu uma atualização a respeito dos avanços ocorridos desde que o Subcomitê havia se reunido em março, incluindo consultas com o Secretariado da OMS buscando identificar opções para abordar sistematicamente a questão do seguro-saúde pós-serviço, aproveitando o potencial para investimento compartilhado com o Fundo de Seguro-Saúde do Pessoal da OMS. Durante estas consultas, foram identificados vários princípios para trabalhos futuros sobre o assunto. Primeiro, concordou-se que o Fundo de Seguro de Saúde revisaria sua metodologia de contabilidade para incluir funcionários ativos e aposentados da OPAS/Escritório Regional para as Américas ao calcular a obrigação definida para o seguro-saúde do pessoal global. Em segundo lugar, a OPAS continuaria informando sobre sua proporção da obrigação definida nos seus demonstrativos financeiros, mas com uma nota observando que o Fundo de Seguro-Saúde da OMS assumiria a responsabilidade legal pelo pagamento dos benefícios de seguro-saúde pós-serviço da OPAS. Em terceiro lugar, o Fundo de Reserva de Seguro-Saúde Pós-serviço da OPAS, que atualmente contava com um saldo de \$38,5 milhões, seria investido ou juntamente ou

com base em princípios de investimentos a longo prazo semelhantes aos do Fundo de Seguro-Saúde da OMS, e o principal e os juros destes investimentos seriam utilizados para o cumprimento da obrigação de benefícios da OPAS.

214. O consultor atuarial da OPAS recalcularia as taxas necessárias para as contribuições de seguro-saúde do pessoal da OPAS/AMRO para que a obrigação da OPAS pudesse ser plenamente financiada durante o período no qual a OMS havia proposto a cobrir a obrigação global de benefícios—ou seja, o período de 2014 a 2042. A Repartição estava trabalhando com o consultor atuarial e empreenderia os esforços necessários para formular um plano a ser apresentado aos Órgãos Diretores em 2015.

215. No debate que se seguiu, foram buscadas informações a respeito das contribuições de seguro-saúde pagas pelo pessoal empregado conjuntamente pela OPAS e pela OMS e sobre como o seguro-saúde pós-serviço para tal pessoal deveria ser administrado; se esperavam-se quaisquer alterações às contribuições do pessoal como resultado do plano para investimento compartilhado; e se a Associação de Pessoal da OPAS/OMS havia sido consultada a respeito das diversas opções para o financiamento do seguro-saúde pós-serviço. Pediu-se à Repartição que fornecesse uma indicação da quantia que seria incluída no orçamento de 2016-2017 para o seguro-saúde pós-serviço.

216. O Sr. Anderson explicou que as equipes de todas as regiões da OMS receberam o mesmo conjunto de benefícios e pagaram a mesma taxa de base, mas os funcionários da OPAS também pagaram uma quantia suplementar porque os custos da assistência de saúde na América do Norte foram mais altos do que no resto do mundo. A OMS estava propondo-se a aumentar as contribuições do pessoal para o seguro-saúde em 4% ao ano até 2042. O estudo atuarial revelaria se quaisquer alterações, para cima ou para baixo, na contribuição suplementar dos funcionários da OPAS seria necessária. O estudo também indicaria a quantia a ser prevista para gastos com seguro-saúde pós-serviço no biênio 2016-2017. Planejaram-se uma série de consultas ao pessoal sobre os assuntos em relação a seguro-saúde, das quais participariam tanto os funcionários atuais como os aposentados.

217. A Diretora reconheceu que, embora o seguro-saúde pós-serviço fosse uma responsabilidade a longo prazo, era preciso começar a abordá-la agora. A OPAS já havia avançado mais nesse sentido do que a maioria das demais organizações. De modo a assegurar a capacidade de cumprir integralmente com esta responsabilidade, seria importante fazer investimentos sensatos e gerir bem os recursos. Declarou que a Repartição consideraria cuidadosamente o relatório atuarial e analisaria seu orçamento e suas outras obrigações de modo a determinar quanto deve ser investido, e continuaria discutindo o assunto com os Estados Membros.

218. O Comitê tomou nota do relatório.

Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro (Documento CE154/24, Rev. 1)

219. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado um projeto pela Repartição para aumentar o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20 milhões para \$25 milhões, com o aumento sendo financiado ao longo do tempo por qualquer excedente do Orçamento Ordinário bienal e/ou pelo balanço não apropriado após implementação das Normas Internacionais de Contabilidade para o Setor Público (IPSAS). Considerou-se o aumento necessário em vista do crescimento no orçamento ordinário e do aumento consequente dos requisitos mensais de dinheiro em espécie, que atualmente ficam em uma média de \$8,1 milhões. Durante a discussão do Subcomitê, sugeriu-se que a Repartição poderia preparar um documento para o Comitê Executivo mostrando todos os itens que requerem financiamento e as diversas opções para obter este financiamento.

220. Um membro do Subcomitê havia se oposto ao aumento proposto, afirmando que o Fundo de Capital de Giro ficou abaixo do seu atual nível autorizado de \$20 milhões não devido a atrasos em receber contribuições fixas, mas porque \$4,6 milhões foram transferidos do Fundo durante o biênio de 2010-2011 para compensar o impacto de uma queda nas taxas de juros.

221. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração da RSPA) destacou o gráfico que a Repartição havia preparado em resposta à solicitação do Subcomitê (Documento CE54/24, Rev.1, anexo A), que resumiu os requisitos de financiamento contemplados pela Repartição e suas propostas para abordá-los. Também apresentou uma proposta de financiamento para o déficit projetado no orçamento para o Sistema de Informação para Gestão da RSPA (PMIS), a ser discutido mais detalhadamente sob o ponto da ordem do dia relevante (ver parágrafos 235 a 242 abaixo). Juntas, as quantias contempladas para financiar o aumento do Fundo de Capital de Giro e o projeto PMIS somaram \$6,3 milhões. As fontes internas que poderiam ser usadas para cobrir estes requisitos de financiamento totalizaram \$14,5 milhões, e se \$6,3 milhões fossem usados para o Fundo de Capital de Giro e o PMIS, restaria um saldo de \$8,2 milhões para os anos vindouros.

222. A Repartição havia feito esforços para aumentar a taxa de recebimento de contribuições fixas, mas as datas dos pagamentos significavam que, com frequência, ainda era necessário fazer saques do Fundo de Capital de Giro para cobrir déficits temporários. Ele assinalou que o limite de \$20 milhões do Fundo de Capital de Giro fora aprovado 11 anos atrás; desde então, as necessidades mensais de dinheiro em espécie da Organização haviam aumentado 14%. Em 2013, o Fundo esteve completamente esgotado em várias ocasiões por causa da falta de pagamento das contribuições fixas. Tais situações tornaram inevitável o uso de recursos adicionais e sem restrições de dinheiro em espécie, além do Fundo de Capital de Giro. O problema persistia: no dia 31 de maio de 2014, o déficit de caixa do orçamento ordinário somava \$21 milhões. Portanto, havia sido necessário reunir um adicional de \$1 milhão a partir de outras fontes internas sem restrições. A proposta da Diretora para aumentar o Fundo de Capital de Giro para \$25 milhões pretendia adaptá-lo aos requisitos concretos de fluxo de caixa dos últimos anos,

com a intenção de evitar a necessidade de recorrer a outras fontes de dinheiro em espécie, que destinam-se a apoiar as atividades de cooperação técnica.

223. Os membros do Comitê agradeceram à Repartição por ter fornecido a informação solicitada pelo Subcomitê e não se opuseram ao aumento proposto do Fundo de Capital de Giro. A delegada dos Estados Unidos, porém, disse que sua delegação não havia apoiado o aumento quando fora proposto ao Subcomitê e ainda não o apoiava. Ela assinalou que nem todas as necessidades de financiamento estavam incluídas no gráfico preparado, principalmente o seguro-saúde pós-serviço, as melhorias de TI e os gastos necessários identificados pela avaliação planejada de todos os bens imóveis de propriedade da OPAS (ver “Plano Mestre de Investimentos de Capital,” parágrafos 231 a 234 abaixo). Ela sugeriu que o aumento proposto fosse adiado por um ano, para que houvesse tempo hábil de determinar as necessidades de financiamento destas três prioridades.

224. Em resposta a estas observações, os membros do Comitê assinalaram que, claramente, a Repartição vinha funcionando com frequência com um déficit mensal significativo, e esta recusa à solicitação de aumentar o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro o colocaria em uma posição muito difícil, forçando-o a continuar emprestando fundos de outras áreas para cobrir gastos—uma prática que não pode se tornar um hábito. Portanto, considerou-se inviável prorrogar o aumento.

225. O Sr. Anderson explicou que o gráfico dos requisitos de financiamento contido no anexo A não incluía o seguro-saúde pós-serviço porque a Repartição estava desenvolvendo um enfoque alternativo para esta questão, conjuntamente com a OMS (ver parágrafos 212 a 218 acima). A Repartição esperava apresentar uma proposta a respeito do assunto ao Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração em 2015. Igualmente, a RSPA participava do Fundo para a Gestão de Bens Imóveis da OMS e faria propostas a este Fundo para financiar alguns projetos de infraestrutura, inclusive aqueles que poderiam surgir a partir da avaliação dos bens imóveis de propriedade da OPAS. Com respeito ao financiamento para as melhorias de TI, como mencionado pela Diretora (ver parágrafo 197 acima), uma estratégia estava em desenvolvimento e seria apresentada aos Estados Membros em 2015.

226. A Diretora disse que, independentemente de haver ou não aumento do Fundo de Capital de Giro, a Repartição tinha a obrigação de cumprir suas obrigações mensais. Se a Repartição não houvesse recebido uma quantia suficiente nas contribuições fixas, seria obrigada a usar o Fundo de Capital de Giro para cobrir estes gastos. O atual nível autorizado de \$20 milhões cobriria cerca de 2 ½ meses de despesas, mas se ao final deste período o Fundo de Capital de Giro estivesse completamente esgotado, a Repartição teria que recorrer a adiantamentos internos para pagar suas contas. A Repartição continuaria a cobrar o pagamento oportuno de contribuições fixas, mas dependeria de que os Estados Membros cumprissem suas obrigações.

227. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE154.R4, recomendando que o Conselho Diretor aumentasse o nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20 milhões para \$25 milhões.

Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS (Documento CE154/25)

228. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia ouvido uma atualização da situação de projetos aprovados pelo 48º Conselho Diretor para o financiamento da Conta Especial e havia examinado uma proposta para transferir os saldos restantes de dois projetos concluídos, somando aproximadamente \$100.000, ao projeto para modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA. Em resposta a uma questão levantada durante a discussão da proposta, também informou-se ao Subcomitê que não havia ocorrido excesso de custos nem eram esperados tais excessos em projetos diferentes do projeto PMIS.

229. O Sr. Daniel Walter (Diretor do Departamento de Programa e Orçamento da RSPA) observou que, dos 14 projetos originalmente aprovados pelo Conselho Diretor para financiamento através da Conta Especial, seis haviam sido concluídos ao final de 2013, e ao final de abril de 2014, 79% de todos os fundos da Conta Especial, cerca de \$20 milhões, já haviam sido gastos. Informações adicionais, inclusive a respeito da situação de implementação de cada projeto, estavam disponíveis na Tabela 2 do Documento CE154/25. Dois projetos haviam ficado abaixo do valor alocado no orçamento em 2013, deixando um saldo total de \$100.000 para ser alocado a outros projetos. O projeto de resolução contido no documento apresentado ao Comitê Executivo, que fora examinado pelo Subcomitê, propôs repassar este saldo para o projeto 3.D, para o desenvolvimento e implementação do Sistema de Informação para Gestão da RSPA.

230. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE154.R7, aprovando a transferência do saldo excedente de \$100.513 ao projeto PMIS, fase 2.

Plano Mestre de Investimentos de Capital (Documento CE154/26)

231. Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia recebido um relatório sobre as atividades de investimentos de capital e projetos concluídos em 2012-2013 e aqueles propostos para 2014-2015. Também informou que a Repartição pretendia realizar uma avaliação, financiada por uma contribuição de \$500.000 do Fundo para a Gestão de Bens Imóveis da OMS, de todas as instalações de propriedade da OPAS, de modo a determinar seus custos prováveis de manutenção pelos próximos anos.

232. Havia preocupações a respeito do custo da avaliação, já que o saldo do Subfundo de Manutenção e Melhoria de Bens Imóveis era inferior a \$650.000, o que parecia insuficientes para o número de projetos propostos para 2014-2015. Os delegados haviam perguntado se os fundos da OMS poderiam ser usados de uma maneira mais econômica

para que algum do dinheiro pudesse ser canalizado para projetos. Como resposta, explicou-se que a contribuição do Fundo para a Gestão de Bens Imóveis da OMS havia sido fornecida para a finalidade específica de realizar a avaliação, mas que a Repartição esperava que a mesma pudesse ser realizada por menos de \$500.000.

233. O Sr. Bruce Leech (Diretor do Departamento de Operações de Serviços Gerais da RSPA) disse que a Repartição estava se aproximando da finalização de um memorando de entendimento para a avaliação de bens imóveis. Era muito cedo para dizer se seria possível reduzir o custo da avaliação, que a Repartição esperava concluir até o final de 2014, para apresentar os resultados ao Comitê Executivo em 2015. Na sua opinião, a avaliação era essencial para que a Repartição pudesse formular um plano estratégico inteligente para assegurar a manutenção, a conservação e a segurança dos estabelecimentos de propriedade da OPAS.

234. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (Documento CE154/27)

235. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia sido informado que um déficit orçamentário de \$2,2 milhões estava previsto para o projeto PMIS, incluindo custos adicionais relativos a requisitos para contratação de pessoal, contingências e pedidos de modificação. O Subcomitê havia instado a Repartição a assegurar que não houvesse nenhum outro atraso e que estes custos de contingência e pedidos fossem evitados.

236. O Sr. Estéban Alzamora (Gerente Interno do Projeto PMIS, RSPA) reexaminou a história do projeto PMIS desde seu início, concentrando-se no progresso obtido desde a 153ª Sessão do Comitê Executivo, que fora descrito mais detalhadamente em Documento CE154/27. Ele também examinou as datas projetadas para a finalização das diversas fases da implementação do projeto, observando que, atualmente, o projeto estava em curso para a conclusão oportuna em todas as áreas.

237. Ele acrescentou que quase todos os projetos envolvendo software de Planejamento de Recursos Empresariais (ERP) envolvem os custos adicionais devidos a pedidos de alteração. Estas são alterações que a Organização identifica durante a implementação como necessárias para satisfazer requisitos não antecipados, mas essenciais para o projeto de ERP. Como resultado do custo dos pedidos de alteração, um aumento de \$2,2 milhões estava sendo proposto a partir do orçamento original de \$20,3 milhões do projeto PMIS. A Diretora havia identificado as fontes internas deste financiamento adicional como \$100.000 do saldo não utilizado dos projetos aprovados da Conta Especial e \$2,1 milhões do saldo não utilizado do excedente de IPSAS. Ele ressaltou que muito havia sido realizado desde que o orçamento original fora aprovado em 2010, e que, atualmente, o projeto estava dentro do tempo previsto.

238. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o progresso obtido neste projeto, particularmente no último ano. Dada a importância fundamental do PMIS e o valor que o mesmo agregaria tanto à Repartição como aos Estados Membros, instou-se a Repartição a agir com prontidão para assegurar que as datas de entrega sejam cumpridas. Ao mesmo tempo, ressaltou-se a necessidade de prudência. Membros do Comitê solicitaram uma avaliação do nível de credibilidade da estimativa de aumento do orçamento e as informações ou evidências nas quais este cálculo fora baseado, e pediu garantias de que a Repartição tivesse certeza de que a atual solicitação seria a última. Também solicitaram-se esclarecimentos a respeito de quando o cronograma para o projeto havia sido definido.

239. O Sr. Alzamora respondeu que os \$2,2 milhões foram calculados com base em boas práticas do setor, que indicaram que pedidos de alteração devem ser orçados em 25% a 35% do contrato de integração. Uma análise de soluções atualmente em andamento havia abordado, até o presente, o projeto para os recursos humanos e para a folha de pagamento. Como as análises estavam finalizadas e o período de testes havia começado, poderia haver pedidos de alteração adicionais a serem implementados, mas até o momento, as despesas estavam de acordo com o padrão do setor.

240. O Sr. Gerald Anderson (Diretor de Administração da RSPA) acrescentou que seu departamento havia examinado as despesas com os pedidos de alteração até o presente, que somavam cerca de \$430.000, e tinha calculado que cerca de três vezes esta quantia, ou \$1,3 milhões, seriam necessários para os módulos de orçamento e finanças, que eram mais complexos que os módulos de recursos humanos e folha de pagamento. Portanto, o custo total dos pedidos de alteração poderia chegar a \$1,75 milhão. O departamento havia calculado uma margem para evitar ter que voltar ao Comitê para pedir ainda mais dinheiro. O pessoal encarregado da implementação do projeto estava plenamente ciente da importância de se ater aos prazos muito apertados e considerava essencial não se atrasar devido a qualquer falta de recursos.

241. A Diretora assinalou que, segundo experiências, cerca de 60% dos projetos de ERP fracassam. A RSPA havia tomado todas as medidas concebíveis para evitar tal fracasso. Ela acrescentou que o cronograma para o projeto fora revisado em 2013, pois o cronograma formulado em 2010-2011 havia sido estourado por diversas razões. Atualmente, o projeto estava dia para cumprir o cronograma atual. Como havia sido indicado, o projeto era muito ambicioso, mas precisa ser implementado até 2015, a tempo para a elaboração do orçamento e planejamento dos trabalhos para o biênio 2016-2017. Ciente desta premência, a Repartição estava fazendo investimentos significativos em termos do tempo do pessoal contratado e do calibre do pessoal designado para este projeto, e comprometida em fazer tudo ao seu alcance para permanecer dentro do aumento proposto do orçamento.

242. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE154.R6, recomendando que o Conselho Diretor aprovasse a transferência dos fundos mencionados ao projeto PMIS.

Assuntos de Pessoal***Modificações ao Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA (Documento CE154/28)***

243. A Dra. Jean Dixon (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia considerado várias modificações propostas ao Regulamento e Estatuto do Pessoal, inclusive um aumento da escala de salários para o pessoal nas categorias profissionais e superiores, com uma redução equivalente dos pontos multiplicadores de reajuste por lugar de destino; um ajuste ao subsídio de educação para três escolas em Bruxelas, Bélgica; e várias alterações objetivando esclarecer as regras de pessoal com respeito aos subsídios por lugar de destino, por terminação do serviço e aumentos dentro do mesmo grau com base no tempo de serviço. O Subcomitê havia sido informado de que as implicações financeiras das alterações propostas seriam mínimas.

244. A Sra. Kate Rojkov (Gerente, Gestão de Recursos Humanos, RSPA) adicionou que, em conformidade com uma solicitação do Subcomitê para esclarecimento do termo “implicações financeiras mínimas”, a Repartição havia adicionado um anexo ao Documento E154/28 (anexo E), mostrando que o impacto total das diversas alterações somaria menos de \$10.000.

245. O Comitê Executivo aprovou a Resolução CE154.R10, confirmando as diversas emendas propostas e ajustando os salários da Diretora, do Diretor Adjunto e do Subdiretor.

Estatísticas sobre a Dotação de Pessoal da RSPA (Documento CE154/29)

246. A Dra. Jean Dixon (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) informou que o Subcomitê havia examinado um relatório destacando tendências no perfil do pessoal de RSPA e, tendo sido informada que a Repartição havia alcançado paridade de gênero nas categorias profissionais e superiores, elogiou o compromisso perene da Repartição com a paridade de gênero. Várias perguntas haviam sido feitas com respeito aos critérios para a extensão dos contratos de funcionários prestes a se aposentarem e se os postos dos aposentados que foram recontratados como consultores ou funcionários provisórios estavam estando preenchidos.

247. Em resposta, explicou-se que caso, após uma análise integral, fosse determinado que um funcionário possuía habilidades específicas para as quais havia demanda a curto prazo, o contrato deste indivíduo poderia ser estendido. Os contratos poderiam ser estendidos por não mais de um ano de cada vez e jamais além do aniversário de 65 anos do funcionário. O preenchimento dos postos de funcionários aposentados dependeria do resultado de uma análise programática e financeira. A Diretora havia informado o Subcomitê que a Repartição estava desenvolvendo uma estratégia e plano integral de recursos humanos que permitiria à Organização cumprir seus compromissos sob o Plano Estratégico 2014-2019.

248. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS (Documento CE154/30)

249. A Sra. Pilar Vidal (Presidente da Associação de Pessoal da OPAS/OMS) destacou os assuntos que a Associação do Pessoal desejava apresentar ao Comitê, em especial suas opiniões e preocupações com relação à administração interna de justiça e à gestão de recursos humanos. Ela começou convidando os membros do Comitê a uma recepção na qual seria assinado um novo acordo regendo as relações entre a Associação do Pessoal e a administração, atualizando o acordo atual assinado em 1979. A Associação do Pessoal desejava expressar sua satisfação com o novo acordo e sua apreciação da disposição da Diretora em travar diálogo com a Associação.

250. A Associação do Pessoal continuou a trabalhar para apoiar e facilitar os diversos processos de mudança e reforma em andamento na Organização, além de abordar as questões de pessoal e ajudar a administrar a incerteza associada a tais processos. Como parte do processo operacional de planejamento para o biênio de 2014-2015, o pessoal havia enfrentado a redução ou eliminação de diversos postos; o Escritório de Campo de El Paso fora fechado completamente e outros escritórios haviam sido afetados por cortes de pessoal. Em alguns casos, estas situações foram administradas de uma maneira ordenada e apropriada; em outros, a Associação de Pessoal havia tido que intervir para mitigar os danos aos funcionários envolvidos.

251. A Associação de Pessoal continuou preocupada com diversos problemas no sistema de administração interna da justiça e continuou a acreditar que uma análise independente dos diversos elementos componentes o sistema se faz necessária. De especial interesse foi o Comitê de Apelação, que ainda não havia eleito novos membros ou posto em dia seu Regulamento Interno. O trabalho do presidente externo do Comitê não fora satisfatório, e os conflitos não estavam sendo resolvidos de maneira oportuna. Consoante às recomendações de um relatório de 2010 da Unidade de Inspeção Conjunta das Nações Unidas sobre a Ética no Sistema das Nações Unidas, o líder do Escritório de Ética deve ser substituído periodicamente, como ocorrera com o Ombudsman e os membros do Comitê de Apelação. Tais reformas fomentariam maior confiança entre o pessoal e os ajudariam a reforçar seu compromisso com a Organização e sua missão.

252. No debate que se seguiu, os membros do Comitê agradeceram ao pessoal por sua dedicação e reconheceram sua função crucial na prestação de apoio técnico aos Estados Membros. Incentivou-se a Diretora a continuar a dialogar com o pessoal e a abordar suas questões com rapidez de modo a assegurar que permanecessem motivados e comprometidos a executar os mandatos aprovados pelos Órgãos Diretores.

253. A Sra. Vidal reafirmou o compromisso da Associação de Pessoal com a Organização e sua vontade de continuar a trabalhar com a Diretora para melhorar o sistema interno de justiça.

254. A Diretora expressou seu agradecimento pelo interesse da Associação de Pessoal em se envolver em diálogos com a Administração e afirmou seu compromisso de continuar a trabalhar com a Associação para assegurar um ambiente de trabalho aberto, respeitoso e ético. Observou que o pessoal é um recurso importante e pode fornecer informações valiosas para a tomada de decisão, e que ela continuaria consultando a Associação de Pessoal em todas as grandes questões de interesse para a Organização como um todo. Ela reconheceu que havia problemas com o sistema interno de justiça—problemas que, com o tempo, poderiam ter um impacto negativo sobre o desempenho do pessoal—e comprometeu-se em trabalhar com a Associação de Pessoal para abordá-los.

255. O Comitê tomou nota da intervenção.

Assuntos de Informação

Atualização sobre a Reforma da OMS (Documento CE154/INF/1)

256. O Dr. Fenton Ferguson (Representante do Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração) relatou sobre a discussão do Subcomitê a respeito da reforma da OMS, observando que o Subcomitê havia destacado, em particular, a importância da reforma de governança, o diálogo de financiamento da OMS e a alocação estratégica de recursos da OMS e o desenvolvimento de uma estrutura para interação com atores não estatais.

257. O Sr. Daniel Walter (Diretor do Departamento de Programa e Orçamento da RSPA) apresentou uma atualização de iniciativas recentes lançadas desde o relatório sobre a reforma da OMS apresentado ao Subcomitê, que incluía um programa piloto para desenvolver capacidade de gestão de projetos. A OPAS estava também desenvolvendo uma estrutura de administração que estaria coordenada e alinhada com a da OMS. Os trabalhos continuavam em duas áreas de particular interesse para a OPAS: o desenvolvimento de uma estrutura para interação com atores não estatais e elaboração de uma nova fórmula de alocação de recursos. Com relação à última, ele observou que o México continuou representando a Região no grupo de trabalho responsável pela elaboração da nova fórmula, que seria apresentada ao Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2015 e, se aprovada, aplicada ao orçamento para 2016-2017.

258. A OPAS encontrava-se plenamente alinhada com as reformas da OMS. Suas estratégias de comunicação e direitos humanos foram congruentes com aquelas da OMS, e se comprometeu ao planejamento de baixo para cima, responsabilização conjunta dos Estados Membros e da Repartição pelos resultados e alinhamento do financiamento com as prioridades. Outra atualização a respeito do progresso da reforma, principalmente no tocante à alocação de recursos e interação com atores não estatais, seria apresentada durante o 53º Conselho Diretor.

259. Como o Subcomitê, o Comitê Executivo ressaltou a importância das reformas em relação a governança, alocação dos recursos da OMS e interação com atores não estatais. Considerou-se que o projeto de estrutura proposto pelo Secretariado da OMS estava pouco claro com respeito ao principal objetivo da interação da Organização com os atores

não estatais e que o documento sobre o assunto¹³ parecia instar os governos a aumentarem sua colaboração com tais atores, ao passo que deveria se concentrar em determinar como a OMS identificaria e eliminaria conflitos de interesses reais ou em potencial e o exercício de influência indevida por pessoas jurídicas com fins lucrativos. Salientou-se a necessidade de desenvolver um processo para avaliar o custo-benefício de interagir com atores não estatais. Recordou-se que a 67ª Assembleia Mundial da Saúde havia decidido que os comitês regionais devem discutir o assunto, e foram solicitadas informações sobre o formato proposto para esta discussão. Vários delegados realçaram a importância de adotar e transmitir à OMS uma forte posição regional nesta questão e sugeriram que, portanto, uma consulta regional sobre a interação com atores não estatais deve ser colocada na agenda do 53º Conselho Diretor como ponto importante da ordem do dia.

260. Com respeito à alocação dos recursos da OMS, assinalou-se que a iniciativa havia recebido o novo nome de “alocação estratégica de espaço no orçamento” e externaram-se agradecimentos ao México pela sua participação continuada no grupo de trabalho para a questão. Frisou-se a necessidade de elaborar uma metodologia justa, transparente e com base científica para alocar os recursos da OMS. Em vista de sua importância para a Região, opinou-se que este assunto também deveria ser colocado na agenda do Conselho Diretor como um ponto substantivo.

261. Salientou-se a necessidade de acelerar a reforma da governança. Uma evolução mais rápida em relação à tomada de decisões estratégicas pelos Órgãos Administrativos da OMS foi considerada especialmente importante. Assinalou-se que a 67ª Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado várias resoluções centradas na tomada de decisão e o manejo de resoluções cujas implicações financeiras excediam o orçamento acordado, e sugeriu-se que a OPAS também deveria examinar esta questão. Com o objetivo de simplificar o trabalho dos Órgãos Diretores e evitar duplicação de esforços, sugeriu-se que os assuntos discutidos pelo Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração para os quais nenhuma ação fora necessária poderiam ser abordados em sessões do Comitê Executivo sob o ponto do relatório do Subcomitê em vez de como pontos da ordem do dia dedicados.

262. Enfatizou-se a importância da reforma em todos os níveis da Organização. Assinalou-se que, embora o Documento CE154/INF/1 houvesse observado a relevância das diversas reformas da OMS para a Região, não proporcionou quaisquer detalhes sobre como a OPAS estava implementando tais reformas, nem descreveu seu impacto real ou em potencial sobre as práticas atuais da OPAS. Solicitou-se à Repartição que fornecesse uma análise mais detalhada da implementação da reforma sob uma perspectiva regional, inclusive seus critérios sobre como elementos atrasados, como a reforma de governança, poderiam ser acelerados. Destacou-se a necessidade de capacitação do pessoal sobre os processos e sistemas relacionados com a reforma e de avaliações periódicas para identificar quaisquer problemas relativos a estes processos e sistemas.

¹³ Documento da OMS A67/6 (2014).

263. O Delegado do Canadá observou que o seu governo havia emprestado uma funcionária sênior, Sra. Bersabel Ephrem, ao Secretariado da OMS para apoiar o processo de reforma e disse que ela teria o prazer de dialogar com os Estados Membros da Região sobre esta questão.

264. O Sr. Walter disse que a Repartição asseguraria que os relatórios futuros sobre a reforma da OMS incluíssem mais detalhes sobre o impacto das reformas na OPAS. Também trataria de arranjar que os Estados Membros tivessem a oportunidade de, durante o Conselho Diretor, se ocuparem de uma discussão substantiva sobre os aspectos mais críticos da reforma, principalmente no tocante à alocação de recursos e à interação da OMS com os atores não estatais.

265. A Diretora concordou que seria aconselhável ter uma discussão substantiva sobre as reformas da OMS no âmbito regional. Como base para esta discussão, a Repartição formularia um documento detalhando como as diversas reformas foram implementadas na Região e explorar suas implicações para a OPAS. A Repartição também se esforçaria em assegurar que o Subdiretor Geral da OMS responsável pelo processo de reforma estivesse presente para fornecer uma atualização. Uma reunião informal seria realizada após o encerramento da sessão atual para discutir a logística para a consulta regional sobre a interação da OMS com os atores não estatais. Um relatório sobre a experiência da OPAS ao trabalhar com os atores não estatais através do Fórum Pan-Americano para Ação contra as Doenças Não-transmissíveis seria preparado como uma contribuição ao debate.

266. Ela lembrou que a iniciativa estratégica de alocação de recursos havia originado por ordem de Região das Américas e agradeceu o México pela sua liderança na questão. Ela concordou que fora importante para a OPAS examinar detidamente a metodologia proposta e acordar uma posição consolidada regional, que ajudaria o debate global.

267. Com respeito às reformas de governança, ela observou que não havia sido muito bem-sucedida a iniciativa de limitar o número de pontos da ordem do dia dos Órgãos Administrativos da OMS. A OPAS estava obtendo algum progresso com respeito a simplificar o trabalho de seus Órgãos Diretores, mas ainda podia fazer mais. Por exemplo, sempre seria importante abordar as especificidades regionais, mas talvez não seja necessário para os Estados Membros adotar um plano regional de ação para cada estratégia adotada no âmbito global. Eles poderiam simplesmente depender da Repartição para pôr em prática as estratégias globais com a atenção devida às necessidades e prioridades regionais.

268. Na sua opinião, a participação ativa dos Estados Membros da OPAS no processo de reforma da OMS e nos debates sobre a reforma estava agregando valor significativo ao trabalho em andamento. Ela afirmou que a Repartição estava comprometida com a implementação das diversas reformas da OMS, na medida do possível e quando apropriado; porém, como a OPAS já havia passado por um processo de reforma, algumas das reformas de OMS já tinham sido introduzidas na Região.

269. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatório de Avaliação do Programa e Orçamento da OMS 2012-2013 (Documento CE154/INF/2)

270. O Sr. Daniel Walter (Diretor do Departamento de Planejamento e Orçamento da RSPA) apresentou um breve resumo da avaliação de desempenho da OMS para o biênio 2012-2013, observando que o desempenho da OPAS fora incorporado na avaliação através dos seus Resultados Esperados a Nível Regional, embora o relatório global não se concentrasse em dados desagregados por região. Os destaques do relatório da OMS incluíam um melhor cumprimento dos resultados esperados por toda a Organização, de 54% em 2010-2011 a 63% em 2012-2013. Também havia ocorrido uma melhoria no alinhamento do financiamento dos objetivos estratégicos, embora o alinhamento financeiro completo ainda não houvesse sido obtido.

271. Durante a 67^a Assembleia Mundial da Saúde, os Estados Membros da OMS haviam assinalado que o relatório fora mais descritivo que analítico, e que o grau em que os resultados eram atribuíveis ao Secretariado da OMS não estava claro. Como resposta, a Secretaria havia indicado que muitas destas questões seriam abordadas através do processo de reforma da OMS. Além disso, o orçamento programático para 2014-2015 possuía uma estrutura de resultados mais clara, com impactos, resultados intermediários e resultados imediatos, assim como indicadores mais robustos, e com uma diferenciação mais clara entre o trabalho dos Estados Membros e o do Secretariado. Além disso, o portal do orçamento da OMS melhoraria a transparência e permitiria o monitoramento contínuo do desempenho financeiro e programático da OMS.

272. Um membro do Comitê Executivo disse que a avaliação forneceu informação útil sobre o desempenho da Organização, mas apresentava limitações significativas por ter sido autoaplicada; além disso, conforme o Plano Estratégico de Médio Prazo, as conexões entre as atividades e resultados estavam tênues. O desalinhamento dos recursos entre os objetivos estratégicos e a distribuição desigual entre as Regiões continuaram obstaculizando o desempenho geral, como mostrava o fato de que somente 63% dos resultados esperados para a Organização como um todo haviam sido alcançados. Era de se esperar que os esforços para melhorar a captação de recursos e os esforços de reforma relacionados com a alocação de recursos melhorassem o alinhamento.

273. O Sr. Walter concordou que a autoavaliação pela OMS e pela OPAS representou uma limitação, mas disse que, do biênio de 2014-2015 em diante a monitoração de pelo menos parte da cadeia de resultados seria feita pelos Estados Membros juntamente com a Organização, o que deveria melhorar a credibilidade dos relatórios de desempenho.

274. A Diretora disse que a distribuição desigual dos recursos entre os diferentes objetivos estratégicos realmente respaldava o pedido, externado a cada oportunidade pela Diretora-Geral, de maior flexibilidade dos fundos. Muitos dos recursos financeiros doados tiveram destinações altamente específicas, tornando muito difícil sua transferência entre os Objetivos Estratégicos e também da Sede às Regiões.

275. Foi também importante observar que os avanços foram significativamente desiguais em todas as regiões. Em especial, as Regiões da África e Sudeste Asiático passaram longo período sem conseguirem alcançar suas metas.

276. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015 (Documento CE154/INF/3)

277. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe do Programa Especial para o Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA), apresentando o relatório, disse que, em geral, a Região das Américas estava em dia para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Porém, devido às disparidades e iniquidades entre países e dentro de cada país, alguns desafios persistiam, particularmente no que diz respeito a três indicadores importantes relacionados à saúde: mortalidade infantil, mortalidade materna e saneamento básico.

278. Como parte do processo de planejamento para a agenda de desenvolvimento pós-2015, propôs-se uma estrutura com base nos princípios dos direitos humanos, igualdade e sustentabilidade, junto com quatro dimensões chave do desenvolvimento: desenvolvimento social inclusivo, desenvolvimento econômico inclusivo, sustentabilidade ambiental e paz e segurança. Depois da Conferência Rio+20 sobre o Desenvolvimento Sustentável, a Assembleia Geral das Nações Unidas havia estabelecido um Grupo de Trabalho Aberto, que estava trabalhando no desenvolvimento de um conjunto de objetivos de desenvolvimento sustentáveis.

279. “Vidas saudáveis e cobertura universal de saúde para todas as idades” havia sido proposto como a grande meta de saúde para a agenda de desenvolvimento depois de 2015, com quatro submetas possíveis: alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde; abordar o ônus das doenças não-transmissíveis, lesões e transtornos mentais; alcançar a cobertura universal de saúde, inclusive a proteção contra risco financeiro; e abordar os determinantes sociais e ambientais da saúde.

280. Agora, já é amplamente aceito que a saúde contribui de maneira crítica para o desenvolvimento e é uma medida de desenvolvimento, assim como um de seus resultados, o que é um bom augúrio para os esforços para assegurar um lugar central para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015. Contudo, a oportunidade para o setor da saúde de influir no processo de determinar metas de desenvolvimento sustentáveis estava se esvaindo. Portanto, ele instou aos Ministros da Saúde que continuassem a trabalhar com seus colegas nos Ministérios das Relações Exteriores, que começariam a negociar a agenda pós-2015 em setembro de 2014 durante a 69ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas.

281. O Comitê Executivo acolheu com satisfação o progresso obtido em direção ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde na Região, mas reconheceu que os resultados apresentados em âmbito nacional forneceram

médias que ocultaram as disparidades e iniquidades em âmbito subnacional. Considerou-se essencial manter os benefícios obtidos e continuar a trabalhar para atingir os Objetivos em todos os grupos populacionais no período pós-2015.

282. Consideraram-se a atenção continuada à saúde materno-infantil, à saúde reprodutiva e ao planejamento familiar e à água e saneamento como especialmente importantes. Também salientou-se a necessidade de continuar o fortalecimento dos sistemas e serviços de saúde e dos sistemas de informação em saúde. Outras prioridades de saúde a serem almejadas no período pós-2015 incluíram a prevenção e controle de doenças não-transmissíveis, inclusive transtornos mentais e lesões causadas por violência; a atenção continuada às doenças transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, malária, tuberculose e as doenças tropicais negligenciadas; e cobertura universal de saúde. No tocante à última prioridade, um delegado externou a opinião de que a referência a “intervenções essenciais” no parágrafo 29 do Documento CE154/INF/3 implicava em uma limitação no acesso aos serviços de saúde que ia de encontro dos conceitos de cobertura universal de saúde, acesso universal e equitativo a serviços de saúde de qualidade e direito a saúde.

283. Os delegados afirmaram que a saúde, como reconhecido na Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas 66/288, é uma pré-condição para o desenvolvimento sustentável e um resultado e indicador de desenvolvimento sustentável. Relatou-se que as experiências em âmbito nacional haviam indicado que a saúde também contribui para redução da pobreza e promoção do desenvolvimento sustentável, e salientou-se que o trabalho em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio havia ajudado a aumentar a conscientização do altíssimo rendimento que o investimento em saúde é capaz de produzir.

284. O Comitê concordou com a necessidade de assegurar a centralidade da saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015, vista como uma oportunidade para criar um novo paradigma com base na equidade. Ressaltou-se que o estabelecimento de objetivos, metas e indicadores para a agenda pós-2015 deve ser conduzido pelos países e que o setor da saúde deve continuar a desempenhar um papel central neste processo, promovendo uma abordagem integral, multissetorial e de saúde em todas as políticas que aborde necessidades não só de saúde em si como também os determinantes sociais, ambientais e econômicos da saúde. Considerou-se a resolução 67.14, aprovada pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2014, como uma boa estrutura para os esforços continuados dos Estados Membros, do Secretariado da OMS e da Repartição para assegurar um lugar proeminente para a saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015. De modo a reforçar estes esforços e consolidar uma posição regional para esta questão, sugeriu-se que a agenda de desenvolvimento pós-2015 fosse discutida como um ponto substantivo durante o 53º Conselho Diretor. Também sugeriu-se a elaboração de um guia para orientar e coordenar os esforços regionais no período anterior às negociações da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a agenda.

285. O Dr. Marcos Espinal (Diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde da RSPA) elogiou os Estados Membros por seu progresso no tocante

aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e prometeu que a Repartição continuaria apoiando seus esforços. Os benefícios obtidos deveriam ser celebrados, mas, ao mesmo tempo, fazia-se necessário lembrar que muitas pessoas na Região continuaram adoecendo e morrendo de causas evitáveis, e nem todos gozaram da melhor saúde possível. Como destacado na discussão, era imprescindível fortalecer os sistemas de informação de modo a assegurar que todos os nascimentos e mortes fossem registradas e permitir a medição do progresso. A Repartição continuou trabalhando com os Estados Membros para melhorar os sistemas de estatísticas vitais e para melhorar seus próprios bancos de dados.

286. O Dr. Galvão observou que os relatórios de progresso sobre os assuntos técnicos (ver parágrafos 301 a 327 abaixo) proporcionavam maiores informações sobre o progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde e que um relatório atualizado a respeito da situação dos diversos Objetivos seria apresentado no 53º Conselho Diretor, a ser realizado alguns dias antes do início das negociações sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015. Ele também observou que uma série de folhetos contendo maiores informações sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e sobre o processo de formulação da agenda de desenvolvimento pós-2015 havia sido distribuída aos membros do Comitê e observadores.

287. A Diretora concordou que o maior desafio à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio enfrentado pela Região fora a iniquidade e a “tirania das médias,” por ocultar o fato de que grandes parcelas de população em alguns países não atingiriam os Objetivos. Portanto, a Região não deveria dormir à sombra dos louros de suas conquistas, e sim continuar a trabalhar para assegurar que todos gozem do melhor estado de saúde possível.

288. Discutiu-se a agenda de desenvolvimento pós-2015 em diversos fóruns nos âmbitos nacional, regional e internacional, e parecia que a batalha por colocar a saúde em um lugar proeminente na agenda havia sido vencida; porém, ainda não havia nenhum consenso claro dentro do setor da saúde a respeito de qual deveria ser a meta abarcante de saúde. Desde o princípio, a OMS havia escolhido a cobertura universal de saúde como tal, mas alguns opinaram que a meta deveria ser maximizar a saúde em todo o curso da vida. Era essencial reunir estas duas correntes de pensamento e obter um consenso a respeito de uma meta abarcante para que o setor da saúde pudesse se apresentar como uma frente unida nas negociações sobre a agenda.

289. O assunto sem dúvida poderia ser discutido como um ponto substantivo durante o 53º Conselho Diretor, mas, nesse ínterim, era imperativo que os Ministros de Saúde continuassem interagindo com os Ministros das Relações Exteriores para destacar a importância da saúde para o desenvolvimento sustentável. Por sua vez, a Repartição continuaria trabalhando através dos representantes da OPAS/OMS e através dos representantes dos Estados Membros na Organização dos Estados Americanos para manter uma ênfase na saúde. Também procuraria organizar uma reunião com os representantes permanentes dos Estados Membros nas Nações Unidas em Nova York.

290. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS (Documento CE154/INF/4, Rev. 1)

291. O Dr. Luis Gabriel Cuervo (Assessor Sênior, Promoção de Pesquisa e Desenvolvimento, RSPA), falando na qualidade de Secretário *ex officio* do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde, apresentou o relatório do Comitê, que resumiu as recomendações feitas pelo Comitê durante a sua 45ª sessão em outubro de 2012. Ele recordou que o Comitê havia assessorado a OPAS desde 1962 no seu enfoque estratégico à produção e uso da pesquisa de saúde. A 45ª Sessão havia se concentrado na implementação da Política da OPAS sobre Pesquisa para Saúde¹⁴ e fora organizada ao redor dos seis objetivos da Política. As recomendações do Comitê enfatizaram a necessidade de prosseguir com as avaliações da implementação da Política dentro da Repartição e nos Estados Membros. Também salientaram a necessidade de formular uma estratégia e plano de ação para apoiar os Estados Membros a implantar a Política de uma maneira uniforme e equitativa que beneficiaria todos. As recomendações constavam do anexo A do Documento CE154/INF/4, Rev. 1.

292. O Comitê havia salientado a necessidade de aproveitar os avanços e mudanças substanciais na conjuntura de pesquisa e havia instado a Repartição a elaborar indicadores e avaliações atualizados da função de pesquisa como uma função essencial da saúde pública. Também havia sublinhado a importância de fortalecer a governança em pesquisa e os esforços de tradução de conhecimento, tanto nos Estados Membros como na RSPA, com o objetivo de incorporar a pesquisa em saúde de maneiras tangíveis que agreguem valor ao trabalho de outros dentro da Organização.

293. O Dr. Cuervo concluiu a sua apresentação com a observação de que uma abordagem holística à pesquisa em saúde, que fosse além do enfoque antigo da pesquisa em saúde, facilitaria a participação de setores relevantes da sociedade e governo para promover saúde com equidade. Também proporcionaria uma oportunidade fantástica à OPAS de assegurar que a pesquisa científica se tornasse parte integrante da assistência de saúde, da prevenção e das políticas para a saúde e que a assistência técnica da Repartição se ativesse aos padrões mais elevados de qualidade, segurança, eficiência, e eficácia.

294. A Diretora concordou que a pesquisa em saúde era uma função essencial da saúde pública. Seria importante identificar as necessidades de pesquisa que permitiriam aos Estados Membros abordar as brechas de conhecimento com relação a reforma sanitária, fortalecimento de sistemas de saúde e questões de saúde específicas. Ela incentivou os Estados Membros a levarem as recomendações do Comitê em consideração e a se comprometerem a assegurar a realização de pesquisas relevantes.

295. O Comitê Executivo agradeceu ao Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde pelo seu trabalho e tomou nota do relatório.

¹⁴ Ver Documento CD49/10 e Resolução CD49.R10 (2009).

Sistematização dos Mandatos da OPAS (Documento CE154/INF/5)

296. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior do Escritório de Órgãos Diretores, RSPA) recordou que, durante a 153ª Sessão, solicitou-se que a Repartição criasse uma ferramenta para organizar e sistematizar os mandatos da OPAS para que os Estados Membros e outras partes interessadas pudessem monitorar mais facilmente o progresso das resoluções dos Órgãos Diretores e outros compromissos internacionais de saúde pública. Deste modo, a Repartição havia criado uma nova “comunidade” de Órgãos Diretores dentro do Repositório Institucional da OPAS/OMS para o Intercâmbio de Informações (Iris), composta por um sistema digital de arquivos de documentos com uma função de busca que permite aos usuários buscar por tema, tipo ou símbolo de documento, data, autor ou série. Esperava-se que o sistema estivesse disponível para uso pelos Estados Membros em setembro de 2014.

297. Além disso, a Diretora havia empreendido uma avaliação do progresso em direção à implementação das resoluções aprovadas pelos Órgãos Diretores de 1999 a 2013. Um grupo de trabalho interprogramático interno havia elaborado a metodologia para a avaliação, que encontra-se descrita no Documento CE154/INF/5. Um relatório sobre a avaliação seria apresentado durante o 53º Conselho Diretor.

298. O Comitê Executivo acolheu cordialmente a iniciativa para sistematizar informações sobre as resoluções dos Órgãos Diretores e outros compromissos de saúde pública. Membros do comitê consideraram que facilitaria o acompanhamento de mandatos tanto pela Repartição como pelos Estados Membros, ajudaria a identificar ações ou correções de percurso necessárias, fortaleceria a governança e liderança da Organização e melhoraria a eficácia do monitoramento de progresso sob o Plano Estratégico 2014-2019, além de outros mandatos dos Órgãos Diretores. Considerou-se a governança como uma responsabilidade conjunta da Repartição e dos Estados Membros, e incentivou-se a Repartição a trabalhar ao longo das mesmas linhas que o Secretariado da OMS com respeito à reforma de governança.

299. A Sra. Huerta disse que a Repartição havia acompanhado as discussões da OMS sobre governança muito de perto e concordava que a governança é um esforço conjunto. A ferramenta eletrônica a ser disponibilizada aos Estados Membros proporcionaria a eles e à Repartição uma imagem clara dos mandatos atuais e dos avanços sendo obtidos em direção a eles. Como parte da análise das resoluções dos Órgãos Diretores, a Repartição estava examinando cuidadosamente se estava cumprindo os mandatos estabelecidos para ela em cada resolução. O relatório a ser apresentado ao Conselho Diretor conteria informações detalhada nesse sentido e identificaria sucessos atingidos, lições aprendidas e trabalho ainda a ser completado.

300. O Comitê tomou nota do relatório.

Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos (Documento CE154/INF/6-A, B, C, D, E, F, e G)

A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática

301. Os membros do Comitê concordaram que a mudança climática representa uma ameaça à saúde humana e aos sistemas de saúde que só poderia ser mitigada através de melhor cooperação entre os setores públicos e entre as instituições públicas e privadas. Enfatizou-se que o setor da saúde deve assumir uma função de liderança ao forjar estas parcerias e assegurar que as considerações de saúde relacionadas à mudança climática sejam identificadas e abordadas.

302. O Dr. Luiz Augusto Galvão (Chefe do Programa Especial para o Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) concordou com as observações do Comitê, assinalando que a Tabela 1 em Documento CE154/INF/6-A enumerava a melhor participação intersetorial e um setor de saúde autônomo e proativo como fatores necessários para o sucesso na implementação da estratégia e plano de ação. Ele lembrou ao Comitê que duas próximas reuniões dariam mais atenção ao assunto: a Conferência da OMS sobre Saúde e Clima, a ser realizada em Genebra em agosto de 2014, e a 20ª Sessão da Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática, a ser realizada em Lima, Peru, em dezembro.

303. O Comitê tomou nota do relatório.

B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas

304. O Delegado do Brasil informou sobre as atividades realizadas no seu país para interromper a transmissão do sarampo e a comprovar e documentar a eliminação do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita (SRC). Ele afirmou que o recente surto de sarampo no Brasil havia sido controlado.

305. O Dr. Cuauhtémoc Ruiz Matus (Chefe da Unidade Integral de Imunização Familiar, RSPA) reconheceu as contribuições dos trabalhadores de saúde pública em todos os países da Região para o sucesso da iniciativa. O Comitê Técnico Internacional formado para examinar evidências da eliminação do sarampo, rubéola e SRC nas Américas estava aguardando um relatório final de Brasil antes que prosseguir com o processo de certificação. Na sua opinião, a eliminação dessas doenças nas Américas serviu de exemplo para o resto do mundo. Em resposta a esta observação, um delegado sugeriu que os Estados Membros da OPAS devem defender a eliminação global do sarampo, da rubéola e da SRC.

306. A Diretora felicitou os Estados Membros pelo seu avanço, mas advertiu que a Região só continuaria livre de sarampo, rubéola e SRC se altos índices de cobertura vacinal fossem mantidos.

307. O Comitê tomou nota do relatório.

C. *Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave*

308. Dois membros do Comitê informaram sobre o progresso de seus países para conseguir a redução da mortalidade materna requerida sob o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 5, sendo que um forneceu dados que não constavam do relatório da Repartição. Em um caso, informou-se que as maternidades haviam contribuído para a redução do índice. No outro, atribuiu-se a redução à abolição das taxas no sistema de saúde pública, que havia levado a um aumento da assistência pré-natal e da assistência ao parto; ao estabelecimento de casas de parto e serviços de parto institucionalizado em todo o território nacional; e à redistribuição de recursos humanos qualificados a áreas pobres e rurais.

309. A Dra. Susana Serruya (Diretora do Centro Latino-americano de Perinatologia / Saúde da Mulher e Reprodutiva) disse que os dados faltantes seriam incluídos na versão revista do relatório apresentado ao 53º Conselho Diretor, e elogiou as estratégias usadas para combater a mortalidade materna, que foram exemplos de boas práticas. Ela reiterou uma questão formulada por diversos membros, a saber: que era importante estudar casos nos quais mães e recém-nascidos com enfermidades graves ou complicações perinatais quase haviam morrido de modo a melhor compreender os fatores envolvidos tanto em sua morbidade como em sua sobrevivência. A vigilância formal de tais casos era atualmente deficiente, mas a Repartição estava lançando uma nova iniciativa para vigiar os casos de complicações graves durante o parto, e ela instou todos os Estados Membros a participarem.

310. O Comitê tomou nota do relatório.

D. *Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)*

311. Foram solicitadas informações a respeito da situação do exame pelo Comitê de Análise do RSI das solicitações de extensão da data projetada para satisfazer os requisitos centrais de capacidade do Regulamento até 2016. Embora reconhecendo que muitos países haviam tido dificuldades em implementar as capacidades essenciais, os delegados instaram a Repartição e os Estados Membros a priorizarem esforços para cumprir o prazo de 2016 e empreender atividades colaborativas para fortalecer as capacidades essenciais do RSI.

312. Vários membros do Comitê Executivo propuseram que, em vez de um relatório de progresso sobre o Regulamento, fosse inserido um ponto substantivo na ordem do dia do 53º Conselho Diretor sob o título “Avançando em Direção a uma Posição Regional sobre a Implantação do RSI”. Opinou-se que o assunto exigia mais discussão pelos Órgãos Diretores da OPAS e da OMS à luz dos acordos firmados na Reunião Regional das Américas sobre a Implantação do RSI, realizada de 29 a 30 de abril de 2014 em Buenos Aires em resposta a uma solicitação apresentada pelos Estados Membros à Diretora da

RSPA durante o 52º Conselho Diretor.¹⁵ Em particular, considerou-se importante continuar a discussão do guia para a Região que fora redigido e aprovado pelos participantes na reunião de Buenos Aires. O guia tratava de mecanismos para monitorar a aderência ao RSI e, em último caso, seria apresentado como recomendação regional à OMS. As questões incluíam a necessidade de monitoramento integral além da implementação das capacidades essenciais, inclusive o monitoramento da manutenção das mesmas no período pós-2016.

313. Temas adicionais de interesse incluíram a certificação de pontos de entrada, que, na opinião de alguns delegados, deve continuar sendo voluntária e realizada a pedido do país, e o desenvolvimento de uma agenda global de segurança sanitária. Sugeriu-se que o último tema ajudaria a assegurar compatibilidade entre os requisitos de diversos organismos internacionais tanto em termos de atividades como em termos das ferramentas usadas para avaliá-las. Com respeito à febre amarela, assinalou-se que as revisões sugeridas ao mapeamento das zonas de risco nas Américas ainda não haviam sido feitas.

314. O Dr. Marcos Espinal (Diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde da RSPA), parabenizando os Estados Membros pelo seu progresso na implementação das capacidades essenciais, disse que ainda não sabia quando o Comitê de Análise do RSI se reuniria. Com respeito à febre amarela, ele explicou que o mapa de áreas de risco era administrado por um comitê de peritos internacionais em Genebra e prometeu passar adiante a informação sobre as revisões recomendadas. Ele concordou plenamente com a opinião de que cada país tem o direito soberano de tomar decisões sobre assuntos voluntários como a certificação dos pontos de entrada ou a adoção de mudanças recentes nas diretrizes para a imunização de febre amarela.

315. Ele acolheu as sugestões sobre preparativos globais e uma agenda global de segurança sanitária e destacou a importância de assegurar que as iniciativas para implementação das capacidades essenciais trabalhassem em conjunto e não competissem entre si. Os Ministérios da Saúde se devem esforçar por incluir outros setores nos esforços para atingir as capacidades essenciais. Da mesma forma, a OMS e OPAS devem manter a interação com as entidades internacionais e regionais fora do setor da saúde, como a Agência Internacional de Energia Atômica, a Organização de Aviação Civil Internacional, e o Comitê Interamericano sobre Portos da Organização dos Estados Americanos, todos os quais estavam representados na reunião de Buenos Aires.

316. A Diretora disse que o ponto da ordem do dia proposto para o RSI, conforme solicitado pelo Comitê, seria colocado sob o tema Políticas de Programa da agenda provisória do 53º Conselho Diretor (ver parágrafos 11 a 16 anteriormente).

317. O Comitê tomou nota do relatório.

¹⁵ Decisão CD52(D5) (2013).

E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e outras Infecções Relacionadas à Pobreza

318. O Comitê aplaudiu o progresso realizado até o momento na eliminação de doenças negligenciadas e infecções relacionadas à pobreza. Salientou-se que os avanços enumerados no relatório de progresso claramente indicam que a meta era viável.

319. O Dr. Marcos Espinal (Diretor do Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde da RSPA) parabenizou os Estados Membros pelo avanço obtido em direção à eliminação de várias das doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza. Ele instou os Estados Membros a manterem sua vontade política e suas atividades para que, com o apoio constante da Repartição, conseguissem desferir o golpe final. Ele elogiou o acordo de cooperação recente entre Brasil e Venezuela que visa eliminar a oncocercose entre as populações ianomâmis da região fronteira e informou que as representações da OPAS/OMS nestes países estavam ajudando a facilitar a preparação de um plano de operação. Ele também felicitou o Equador, que estava prestes a ser certificado como livre da oncocercose. Se esta certificação fosse concedida, e os indícios iniciais apontavam para um parecer positivo, seria o segundo país na Região (depois da Colômbia) a atingir esta meta.

320. A Diretora juntou-se em aplaudir e agradecer os Estados Membros pelos seus extraordinários esforços nesta área. Destacando a nova ameaça infecciosa representada pela epidemia de febre Chikungunya no Caribe, ela disse que projeções indicavam que a doença logo se espalharia a outras partes da Região. Portanto, os Estados Membros deveriam começar imediatamente a implantar planos de prevenção, que devem incluir as mesmas medidas preventivas usadas contra dengue.

321. O Comitê tomou nota do relatório.

F. Plano de Ação para Hospitais Seguros

322. Assinalou-se que os desastres ocorridos desde a adoção do Plano de Ação para Hospitais Seguros em 2010 haviam destacado o progresso obtido na redução de riscos de desastres, mas também haviam revelado o quão facilmente hospitais, centros de saúde e sistemas de saúde pública poderiam ser sobrecarregados por emergências de saúde pública e desastres. Incentivou-se a Repartição a facilitar as oportunidades para intercâmbio de informações técnicas e expertise e capacitação dos Estados Membros para a construção dos hospitais seguros que manteriam sua estabilidade estrutural e continuariam capazes de operar em uma situação de emergência.

323. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor Interino do Departamento de Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres da RSPA) disse que estas observações seriam levadas em consideração nos trabalhos futuros realizados sob a égide do Plano de Ação. A América fora a região na qual obtiveram-se os maiores avanços com respeito à Iniciativa de Hospitais Seguros, e a documentação sobre o tema produzida pelos peritos latino-americanos fora traduzida para sete idiomas e estava sendo usada por países em

todo o mundo. O trabalho realizado na Região havia mostrado que era possível, com um montante de investimento relativamente baixo, não apenas tornar os hospitais mais seguros como também reduzir seu consumo energético e torná-los mais bem adaptados à mudança climática.

324. O Comitê tomou nota do relatório.

G. Situação dos Centros Pan-Americanos

325. Considerou-se o trabalho dos diversos Centros Pan-Americanos como sendo de grande importância para Região. Em particular, acolheram-se calorosamente as contribuições do Centro Pan-Americano de Febre Aftosa (PANAFTOSA) para a segurança dos alimentos e para a prevenção e controle das zoonoses, assim como para a eliminação da febre aftosa. Sugeriu-se que uma nova estrutura administrativa semelhante à do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) fosse implantada de modo a permitir maior participação dos Estados Membros na governança do PANAFTOSA e melhorar a coordenação entre países de atividades para a eliminação da febre aftosa; tal mecanismo talvez adote a forma de comissão ou conselho diretivo, com representação equitativa das sub-regiões. O Governo do Paraguai ofereceu-se para organizar um evento de âmbito internacional de modo a explorar esta ideia mais a fundo e formular uma proposta.

326. A Diretora recordou que o Plano Estratégico 2014-2019 designou a febre aftosa como área de baixíssima prioridade. Contudo, a Repartição reconhecia que, embora não seja uma doença humana, a febre aftosa permanecia como uma importante questão sanitária, econômica e social para vários países na Região, e havia continuado seu trabalho para apoiar os esforços de eliminação. Porém, a Repartição carecia dos recursos necessários para concluir todo o trabalho necessário para atingir a meta de erradicação, e, portanto, trabalharia de bom grado com os Estados Membros no desenvolvimento de um mecanismo de governo participativo. A Repartição também gostaria de ter a oportunidade de interagir com Ministérios da Agricultura e associações de saúde animal nos países pertinentes para assegurar o financiamento suficiente para o trabalho do PANAFTOSA.

327. O Comitê tomou nota do relatório.

Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS (Documento CE154/INF/7-A e B)

A. 67ª Assembleia Mundial da Saúde

328. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior do Escritório de Órgãos Diretores da RSPA) informou sobre as resoluções e outras ações da 67ª Assembleia Mundial da Saúde consideradas de interesse particular aos Órgãos Diretores da OPAS, observando que, no curto espaço de tempo decorrido desde a Assembleia, a Repartição havia feito uma análise preliminar das implicações para a Região das resoluções adotadas apresentaria um estudo mais detalhado durante o 53º Conselho Diretor. Ela chamou a atenção

especialmente à resolução sobre a Estratégia global e metas para a prevenção, atenção e controle da tuberculose pós-2015 (WHA67.1), observando que havia sido adotada apenas um ano antes do prazo final para a Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose 2005-2015 da OPAS, momento em que a Repartição examinaria os resultados alcançados e talvez propusesse uma nova iniciativa alinhada com a estratégia global. Com respeito à Resolução WHA67.15, sobre o fortalecimento da função do sistema de saúde para o controle da violência, especialmente contra mulheres e crianças, ela observou que a OPAS possuía uma longa história de trabalho para prevenir e responder à violência interpessoal, inclusive a violência contra a mulher, com vários documentos e mandatos para guiar o trabalho da Organização na área. No tocante à Resolução WHA67.25, sobre a resistência aos antimicrobianos, os Estados Membros talvez desejem considerar a conveniência de aprovar uma resolução regional sobre a questão no futuro próximo.

B. Organizações Sub-regionais

329. A Dra. Beverley Barnett (Diretora Interina de Coordenação de País e Sub-regional da RSPA) informou que o Conselho para o Desenvolvimento Humano e Social da Comunidade do Caribe (CARICOM) havia discutido as questões relacionadas à agenda de saúde da CARICOM; a Cooperação para a Saúde no Caribe, fase III; a Agência de Saúde Pública do Caribe (CARPHA); as doenças transmissíveis e não transmissíveis; o HIV/AIDS; o Regulamento Sanitário Internacional (2005); a Política Farmacêutica Regional; e a gestão de qualidade laboratorial.

330. Na América Central, a 29ª Reunião do Setor Saúde da América Central e República Dominicana (RESSCAD) havia discutido a governança e o acesso a água com um enfoque de direitos humanos; as doenças infecciosas negligenciadas; o impacto da dependência química na sub-região; e a regulamentação de medicamentos e tecnologia. O Conselho de Ministros da Saúde da América Central (COMISCA) do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA) havia aprovado indicadores para monitorar a implementação do Plano de Saúde para a América Central e República Dominicana e havia solicitado ajuda da OPAS/OMS para o desenvolvimento de uma resolução para iniciar a elaboração de uma política de saúde para o SICA. O COMISCA também se propôs a colaborar com a OPAS para desenvolver um modelo para o trabalho complementar entre RESSCAD e COMISCA.

331. Na América do Sul, a Reunião de Ministros da Saúde da Área Andina (REMSAA) havia discutido indicadores básicos para monitoramento dos sistemas nacionais de saúde em prol do acesso universal; saúde intercultural; acesso aos medicamentos; e formulação de uma política sobre a incapacidade. Os Ministros de Saúde do Mercado Comum do Sul (Mercosul) haviam discutido a situação epidemiológica das doenças transmissíveis prioritárias para a região: dengue, sarampo, influenza, tuberculose e malária. Eles também haviam discutido as atividades de saúde binacionais no contexto da Copa do Mundo sendo realizada no Brasil, principalmente com respeito a estas doenças. Apresentaram-se os perfis dos sistemas de saúde do Brasil e do Uruguai e debateu-se o programa Mais Médicos. A União de Nações Sul-Americanas (UNASUL), através dos seus diversos órgãos de saúde, havia discutido a

monitoração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde, a inclusão da saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015, os preços de medicamentos e um possível Dia Sul-americano para doação de leite materno.

332. O Comitê Executivo tomou nota do relatório.

Encerramento da Sessão

333. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 154ª Sessão do Comitê Executivo.

Resoluções e Decisões

334. A seguir, as resoluções e decisões adotadas pelo Comitê Executivo na sua 154ª sessão:

Resoluções

CE154.R1: Arrecadação das Contribuições Fixas

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o *Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas* (Documentos CE154/21, Rev. 1 e Add. I);

Observando que nenhum Estado Membro esta com atraso no pagamento das suas contribuições fixas de forma que ele podem estar sujeito à aplicação do Artigo 6.B da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que há 18 Estados Membros que não efetuaram os pagamentos das suas contribuições fixas de 2014,

RESOLVE:

1. Tomar nota do Relatório da Diretora sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas (Documentos CE154/21, Rev. 1 e Add. I).
2. Elogiar os Estados Membros pelo seu compromisso no cumprimento com as suas obrigações financeiras perante a Organização ao fazer consideráveis esforços para efetuar o pagamento em atraso das suas contribuições.
3. Agradecer aos Estados Membros que já efetuaram os pagamentos para 2014 e instar os outros Estados Membros a quitarem o pagamento pendente das suas contribuições o quanto antes.

4. Solicitar que a Diretora continue informando os Estados Membros sobre qualquer saldo devido a 53º Conselho Diretor sobre a situação da arrecadação das contribuições fixas.

(Primeira reunião, 16 de junho de 2014)

CE154.R2: Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019 (Documento CE154/16, Rev. 1),

RESOLVE:

Recomendar que o 53º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019 (Documento CD53/___);

Recordando o direito das crianças de gozar do mais alto padrão atingível de saúde, como estabelecido na Constituição da Organização Mundial da Saúde, Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança e outros instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos;

Ciente de que o sobrepeso e a obesidade atingiram proporções epidêmicas em crianças e adolescentes nas Américas e que o problema já suscita diversos esforços de controle pelos Estados Membros tanto no nível local como no nacional;

Reconhecendo que o conhecimento científico e de saúde pública sobre os mecanismos envolvidos na atual epidemia de obesidade e a ação pública exigida para controlá-la é amplo e sólido;

Ciente de que o presente Plano de Ação se alinha aos mandatos internacionais estabelecidos pela Assembleia Mundial da Saúde, em particular a Estratégia Global da OMS em Dieta, Atividade Física e Saúde (WHA57.17 [2004]) e o Plano de

Implementação Integral em Nutrição Materna, do Recém-Nascido e da Criança (WHA65.6 [2012]), além dos mandatos dos Órgãos Diretores da OPAS, como a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Integrada na Infância (CSP28/10 [2012]), a Estratégia Regional para Melhorar a Saúde do Adolescente e da Juventude (CD48.R5 [2008]), a Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006-2015 (CD47/18 [2006]) e a Estratégia e Plano de Ação para a Prevenção e o Controle das Doenças não Transmissíveis (Documentos CSP28/9, Rev. 1 [2012], e CD52/7, Rev. 1 [2013]), assim como a Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas (1948) e a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989),

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes* para 2014-2019.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) priorizar e promover a causa nos níveis mais elevados para a implementação deste Plano de Ação;
 - b) promover a coordenação entre os ministérios e instituições públicas, principalmente nos setores da educação, agricultura, finanças, comércio, transporte e planejamento urbano, assim como com autoridades municipais locais, a fim de obter o consenso nacional e combinar as ações para conter a progressão da epidemia de obesidade em crianças;
 - c) apoiar e liderar esforços conjuntos entre os setores públicos e privados e organizações da sociedade civil em torno do Plano de Ação;
 - d) elaborar planos e programas de comunicação para divulgar o Plano de Ação e instruir o público em questões como os alimentos, a alimentação saudável e o valor das tradições culinárias locais consistentes com a alimentação saudável;
 - e) instituir um sistema integrado de monitoramento, avaliação e prestação de contas para políticas, planos, programas, legislação e intervenções que permita determinar o impacto da implementação do Plano de Ação;
 - f) assegurar que sejam estabelecidos processos para avaliações e análises externas da implementação do Plano com base nas capacidades, necessidades e prioridades nacionais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) preste apoio aos Estados Membros, em colaboração com outros órgãos e comissões da Organização das Nações Unidas, como a Organização para a Agricultura e a Alimentação, o Fundo das Nações Unidas para a Infância, o

- Programa Mundial de Alimentos e o Comitê dos Direitos da Criança das Nações Unidas, outros parceiros e doadores, bem como os setores nacionais, para o trabalho conjunto no Plano de Ação, em particular as atividades em nível nacional e sub-regional;
- b) promova a implantação e a coordenação do Plano de Ação para garantir que as atividades cubram as diversas áreas programáticas da Organização e diferentes contextos regionais e sub-regionais;
 - c) promova e consolide a cooperação com os países e entre eles, com o compartilhamento de experiências e lições aprendidas;
 - d) informe periodicamente aos Órgãos Diretores o progresso e as restrições à implementação do Plano de Ação, assim como sobre seu ajuste a novos contextos e necessidades.

(Terceira reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R3: Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Considerando que o 49º Conselho Diretor, por meio da Resolução CD49.R2 (2009), estabeleceu o Comitê de Auditoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para funcionar como órgão de assessoria especializada independente da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (de RSPA) e dos Estados Membros da OPAS;

Guiado pelos Termos de Referência do Comitê de Auditoria, que estabelecem o processo a ser seguido na avaliação e indicação pelo Comitê Executivo dos membros do Comitê da Auditoria da OPAS;

Observando que os Termos de Referência deste Comitê estipulam que os membros servirão no máximo dois termos completos de três anos cada;

Considerando que existirá uma vaga no Comitê de Auditoria da OPAS,

RESOLVE:

1. Agradecer à Diretora da RSPA e ao Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração pelo seu trabalho criterioso para identificar e indicar os candidatos altamente capacitados a fazer parte do Comitê da Auditoria da OPAS.
2. Agradecer ao Sr. Alain Gillette pelos seus anos de serviço ao Comitê de Auditoria da OPAS.

3. Nomear ao Sr. Nicholas Treen para servir como membro do Comitê da Auditoriada OPAS para um mandato de três anos, de junho de 2014 até junho de 2017.

(Terceira reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R4: Situação e o Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora *Situação e o Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro* (Documento CE154/24, Rev. 1);

Observando que as disposições do Regulamento Financeiro VII estipulam que o valor e finalidades do Fundo de Capital de Giro serão determinados esporadicamente pela Conferência Sanitária Pan-Americana ou o Conselho Diretor;

Observando, com preocupação, as exigências crescentes impostas ao Fundo de Capital de Giro à medida que as atividades do Orçamento Ordinário da Organização expandem;

Observando a necessidade de posicionar adequadamente a Organização para administrar as incertezas dos ciclos orçamentários e de caixa,

RESOLVE:

Recomendar ao 53º Conselho Diretor a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

**SITUAÇÃO E NÍVEL AUTORIZADO DO
FUNDO DE CAPITAL DE GIRO**

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora *Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro* (Documento CD53/___);

Tendo observado que a Diretora reposicionou o Fundo de Capital de Giro ao seu atual nível autorizado de US\$20,0 milhões;¹

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo sobre um aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro, em reconhecimento das exigências

¹ Salvo indicação em contrário, os valores monetários nesta resolução são expressos em dólares dos Estados Unidos.

crescentes impostas sobre o mesmo Fundo em função da expansão das atividades do Orçamento Ordinário da Organização, bem como a necessidade de assegurar que o Programa seja realizado de maneira eficiente e ordenada,

RESOLVE:

1. Aprovar um aumento do nível autorizado do Fundo de Capital de Giro de \$20,0 milhões para \$25,0 milhões.
2. Autorizar a Diretora a financiar o aumento do Fundo de Capital de Giro utilizando eventual excedente das receitas sobre as despesas que resulte das eficiências obtidas na implementação do Programa e Orçamento, começando com o atual biênio de 2014-2015.

(Terceira reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R5: Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o projeto de *Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação* (Documento CE154/14),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO PARA DEFICIÊNCIAS E REABILITAÇÃO

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Deficiências e Reabilitação* (Documento CD53/_);

Reconhecendo que a prevalência das deficiências aumenta devido, entre outras coisas, ao envelhecimento da população, ao incremento das doenças crônicas e seus fatores de risco, ao abuso de substâncias, às lesões ocupacionais e às causadas pelo trânsito, bem como à violência e às crises humanitárias;

Reconhecendo que a deficiência é um problema de saúde pública, uma questão de direitos humanos e uma prioridade para o desenvolvimento;

Entendendo que as pessoas com deficiência apresentam os piores resultados de saúde, se comparadas com a população sem deficiência, e que enfrentam estigma e obstáculos para aceder aos serviços;

Reconhecendo que a reabilitação de base comunitária cria o entorno apropriado para oferecer uma assistência de saúde de qualidade e proteger os direitos humanos das pessoas com deficiência;

Entendendo que investir na habilitação e reabilitação, bem como no fornecimento de dispositivos tecnológicos de ajuda, é importante para que as pessoas com deficiência levem uma vida independente e se integrem a suas famílias e a sua comunidade, e além disso, contribui para reduzir a necessidade de serviços formais de apoio e para aliviar a carga física e psicológica dos cuidadores;

Considerando que, na resolução CD47.R1 (2006) “*A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionado*”, se insta os Estados Membros a formular e adotar políticas, planos e leis em matéria de saúde, habilitação e reabilitação em conformidade com os instrumentos internacionais de direitos humanos aplicáveis;

Considerando que, em maio de 2014, 67ª Assembleia Mundial da Saúde debateu um Projeto de ação mundial da OMS sobre deficiência 2014-2021: melhor saúde para todas as pessoas com deficiência, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com o consenso de seus Estados Membros, elaborou o presente plano de ação para deficiências e reabilitação, que está alinhado com o projeto de ação mundial da OMS sobre deficiência 2014-2021 e com o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 aprovado pelo Conselho Diretor em 2013;

Observando que o presente plano de ação aborda os objetivos essenciais para responder às necessidades dos países,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para Deficiências e Reabilitação* e sua aplicação no contexto das condições especiais de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração as responsabilidades compartilhadas em Estados federados, a:
 - a) incluam a deficiência como uma prioridade dentro das políticas nacionais de saúde a fim de assegurar a execução dos planos correspondentes que conduzam ao acesso universal e equitativo das pessoas com deficiência e de suas famílias aos serviços e programas de saúde, o que compreende a habilitação e reabilitação, o fornecimento de dispositivos tecnológicos de ajuda e outros apoios;

- b) fortaleçam os marcos e regulamentações legais nos países e sua aplicação para proteger os direitos humanos das pessoas com deficiência, em conformidade com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas com Deficiência e as normas internacionais aplicáveis;
 - c) apoiem a participação da sociedade civil nas atividades para promover e proteger a saúde das pessoas com deficiência, a fim de assegurar que estas sejam consultadas através das organizações que as representam e possam participar ativamente na formulação de políticas e das leis, bem como no estabelecimento dos serviços que lhes digam respeito;
 - d) fortaleçam a estratégia de reabilitação com base na comunidade, no marco das redes integradas de serviços, ampliando as ações à prevenção de deficiências, detecção e intervenção precoce, acesso a dispositivos tecnológicos e outros apoios;
 - e) continuem os esforços para fazer evoluir do modelo hospitalar de atenção à deficiência para outro de base comunitária, onde seja integrado o trabalho na atenção primária à saúde e sejam estabelecidos serviços de reabilitação ambulatorial, descentralizados e próximos à população;
 - f) assegurem uma resposta apropriada dos serviços de saúde às particularidades dos grupos vulneráveis ou com necessidades especiais em situação de deficiência;
 - g) considerem o fortalecimento e a capacitação regular dos recursos humanos como um componente chave da melhoria da resposta dos serviços;
 - h) melhorem a produção, análise e uso dos dados sobre deficiência, no marco dos sistemas nacional de informações, e apliquem ferramentas válidas e coerentes com a Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde;
 - i) apoiem a pesquisa sobre temas prioritários no campo da deficiência;
 - j) apliquem uma abordagem multissetorial eficaz, com mecanismos de coordenação entre os ministérios e as organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros serviços conexos;
 - k) atendam à saúde dos cuidadores;
 - l) promovam o intercâmbio de experiências e boas práticas entre os países.
3. Pedir à Diretora que:
- a) fortaleça a cooperação da OPAS com os Estados Membros para promover e proteger a qualidade de vida das pessoas com deficiência e o gozo do mais alto nível possível de saúde física e mental;
 - b) dê apoio aos Estados Membros na elaboração, revisão e execução de planos nacionais de deficiência e reabilitação, bem como na atualização das leis;

- c) colabore nas avaliações dos programas e dos serviços de habilitação e reabilitação dos países, em particular mediante o acompanhamento dos indicadores de êxito para avaliar os avanços e o impacto das intervenções;
- d) apoie os Estados Membros para fortalecer os seus sistemas de informações sobre saúde, a fim de produzir, analisar e utilizar dados de deficiência;
- e) fomenta as alianças com organizações internacionais e outras instâncias regionais e sub-regionais em apoio à resposta multissetorial de que se necessita no processo de execução deste plano de ação;
- f) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências e boas práticas, além de promover a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- g) facilite a colaboração dos Estados Membros com entidades docentes, organizações não-governamentais, especialmente as organizações de pessoas com deficiências, e com aquelas que promovam a proteção e o respeito das pessoas com deficiência.

(Quarta reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R6: Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório da Diretora, *Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA*, (Documento CE154/27);

Observando a necessidade de financiar adequadamente a modernização dos Sistemas de Informação para a Gestão da RSPA prevendo custos projetados de contingência incorridos durante a implementação,

RESOLVE:

Recomendar ao 53º Conselho Diretor a adoção de uma resolução conforme os seguintes termos:

SITUAÇÃO DO PROJETO PARA A MODERNIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO DA RSPA

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora, *Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA*, (Documento CD53/___);

Tendo considerado a recomendação do Comitê Executivo com respeito às necessidades de financiamento da modernização dos Sistemas de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) prevendo custos de contingência incorridos durante a implementação para satisfazer os requisitos inesperados, mas essenciais para o desenho de ERP,

RESOLVE:

1. Aprovar um aumento do orçamento autorizado para a modernização do PMIS de US\$ 20,3 milhões¹ para \$ 22,5 milhões.
2. Autorizar o Diretor a financiar a projeção do déficit de \$ 2,2 milhões no orçamento autorizado para a modernização do PMIS do seguinte modo:
 - a) saldo não utilizado de projetos aprovados da Conta Especial: \$ 100.000,
 - b) financiamento do saldo não apropriado do Excedente das IPSAS: \$ 2.100.000.

(Quarta reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R7: Uso do Saldo Decorrente da Conclusão de Projetos da Conta Especial

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório sobre a situação da execução dos projetos da Conta Especial em 31 de dezembro de 2013 (Documento CE154/25);

Levando em conta que o projeto 1.A “Centro de Operações de Emergência e Centro de Conhecimento” foi concluído deixando um saldo US\$91.300, que o projeto 4.A “Melhorias nas instalações: atualizações das MOSS e medidas de segurança” também foi finalizado deixando um saldo de \$9.213;

Observando que a Repartição Sanitária Pan-Americana propõe transferir ambos os saldos anteriormente mencionados para o projeto 3.D “Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA-Fase 2”, que representaria um aumento na alocação de \$100.513 a este projeto,

RESOLVE:

1. Reduzir o financiamento da Conta Especial aprovado para o projeto 1.A “Centro de Operações de Emergência e Centro de Conhecimento” em \$91.300, deixando o financiamento total para o projeto 1.A em \$2.808.700.

¹ Salvo indicação em contrário, todas as cifras monetárias constantes desta resolução são expressas em dólares dos Estados Unidos.

2. Reduzir o financiamento aprovado da Conta Especial para o projeto 4.A “Melhorias nas instalações: atualizações das MOSS e medidas de segurança” em \$9.213, deixando o financiamento total para projeto 4.A em \$290.787.

3. Aumentar o financiamento para o projeto 3.D “Modernização do Sistema de Informação para Gestão da RSPA-Fase 2” para um total de \$100.513; o financiamento total da Conta Especial para o projeto 3.D montará a \$9.328.850.

(Quarta reunião, 17 de junho de 2014)

CE154.R8: Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração sobre as *Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações oficiais com a OPAS* (Documento CE154/6, Rev. 1);

Ciente das disposições dos Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e Organizações Não Governamentais,

RESOLVE:

1. Renovar as relações oficiais entre a OPAS e as seguintes organizações não governamentais por um período de quatro anos:

- a) Federação Latino-Americana de Bioquímica Clínica (COLABICIOCLI),
- b) o Centro do Instituto de Recursos Mundiais para o Transporte Sustentável (EMBARQ),
- c) Aliança Nacional para Saúde Hispânica (NAHH).

2. Admitir as seguintes organizações não governamentais para manter relações oficiais com a OPAS por um período de quatro anos:

- a) Colégio Americano de Executivos de Assistência Médica (ACHE),
- b) Associação Americana da Fala-Linguagem-Audição (ASHA),
- c) Escritório Regional da *Consumers International* para a América Latina e o Caribe (CIROLAC).

3. Tomar nota do relatório de progresso sobre a situação das relações entre a OPAS e as organizações não governamentais.
4. Solicitar à Diretora que:
 - a) informe as respectivas organizações não governamentais das decisões tomadas pelo Comitê Executivo;
 - b) continue a desenvolver relações de trabalho dinâmicas com as organizações não governamentais interamericanas de interesse à Organização nas áreas que se enquadram nas prioridades programáticas que os Órgãos Diretivos adotaram para a OPAS;
 - c) prossiga estimulando relações entre os Estados Membros e as organizações não governamentais que atuam na área da saúde.

(Sexta reunião, 18 de junho de 2014)

CE154.R9: Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta do *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* (Documento CE154/18),

RESOLVE:

Recomendar ao 53º Conselho Diretor que aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA CEGUEIRA E DAS DEFICIÊNCIAS VISUAIS

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais* (Documento CD53/_);

Observando que a deficiência visual é um problema sério na Região, que tem relação com a pobreza e a marginalização social;

Ciente de que a maioria das causas da cegueira são evitáveis e de que os tratamentos atuais se encontram entre os mais bem-sucedidos e proveitosos de todas as intervenções de saúde;

Apreciando os esforços empreendidos pelos Estados Membros nos últimos anos para prevenir a cegueira evitável, mas ciente da necessidade de consolidar os resultados;

Relembrando a resolução CD47.R1 (2006) do Conselho Diretor, *A incapacidade: prevenção e reabilitação no contexto do direito de gozar o mais alto padrão possível de saúde física e mental e outros direitos relacionados*,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais 2014-2019*.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração o contexto e as prioridades nacionais, a:
 - a) fortalecerem as iniciativas nacionais para prevenção dos impedimentos visuais evitáveis, mediante, entre outras ações, a melhoria da integração da saúde ocular aos planos nacionais de saúde e a prestação de serviços de saúde, conforme apropriado;
 - b) implementarem as ações propostas no Plano de ação 2014-2019, de acordo com as prioridades nacionais e o acesso universal aos serviços;
 - c) considerarem as consequências orçamentárias relacionadas;
 - d) fomentarem as alianças entre o setor público, as organizações não governamentais, o setor privado, a sociedade civil e as comunidades em programas e atividades que promovam a prevenção da cegueira;
 - e) promoverem a cooperação entre países nas áreas de prevenção e atenção à cegueira e à deficiência visual;
 - f) resguardarem os direitos humanos das pessoas com deficiência e atualizarem suas leis sobre incapacidade, conforme apropriado, e adaptem-nas em conformidade com as normas e diretrizes internacionais aplicáveis.
3. Pedir à Diretora que:
 - a) apoie a implementação do plano de ação para manter e fortalecer a colaboração da Repartição Sanitária Pan-Americana com os Estados Membros em matéria de prevenção da cegueira;
 - b) proporcione apoio técnico aos Estados Membros para a aplicação das medidas propostas deste plano de ação, em conformidade com as prioridades nacionais e

- os instrumentos universais e regionais de direitos humanos aplicáveis à saúde e a incapacidade;
- c) apoie a implementação deste plano de ação, em particular no tocante à inclusão do acesso universal e equitativo aos serviços;
 - d) continue priorizando a prevenção da cegueira evitável, e considere a possibilidade de alocar recursos para a implementação deste plano de ação;
 - e) promova a cooperação técnica entre países e o estabelecimento de alianças estratégicas para a realização de atividades destinadas à proteção da saúde ocular.

(Sexta reunião, 18 de junho de 2014)

CE154.R10: Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado as emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no Anexo A ao Documento CE154/28;

Levando em consideração as ações da Sexagésima Sétima Assembleia Mundial da Saúde com respeito à remuneração do Diretor-Geral Adjunto, dos Subdiretores Gerais, e dos Diretores Regionais;

Tendo em mente as disposições do Artigo 020 do Regulamento do Pessoal e do Artigo 3.1 do Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana;

Reconhecendo a necessidade de uniformidade nas condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde,

RESOLVE:

1. Confirmar, de acordo com o Artigo 020 do Regulamento do Pessoal, as emendas ao Regulamento do Pessoal efetuadas pela Diretora com respeito: ao subsídio por novo destino, ao fim do subsídio de serviços, ao aumento dentro do mesmo grau por tempo de serviço e à licença por adoção, a entrar em vigor em 1º de julho de 2014.
2. Fixar o salário anual do Subdiretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2014, em US\$171.007¹ antes das avaliações do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$133.205 (remuneração com dependente) ou \$120.527 (sem dependente).

¹ A menos que indicado de outra forma, todos os valores monetários nesta resolução são expressos em dólares dos Estados Unidos.

3. Fixar o salário anual do Diretor Adjunto da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2014, em \$172.436 antes das avaliações do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$134.205 (remuneração com dependente) ou \$121.527 (sem dependente).

4. Fixar o salário anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana, a partir de 1º de janeiro de 2014, em \$189.744 antes das avaliações do pessoal, resultando em um salário modificado líquido de \$146.321 (remuneração com dependente) ou \$131.682 (sem dependente).

(Sétima reunião, 19 de junho de 2014)

CE154.R11: Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta e *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* (Documento CE154/19),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução redigida conforme os seguintes termos:

**PLANO DE AÇÃO PARA A COORDENAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA HUMANITÁRIA**

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* (Documento CD53/_);

Reconhecendo que os países das Américas aumentaram sua capacidade de responder com seus próprios recursos humanos e materiais a emergências e desastres, mas que, por outro lado, em eventos de maior magnitude, continua sendo necessária a assistência internacional para complementar os esforços do país afetado;

Entendendo que a assistência humanitária exige o estabelecimento de mecanismos adequados de coordenação nacional e internacional, a fim de assegurar que as intervenções sejam realizadas de acordo com as normas humanitárias internacionais acordadas, inclusive cuidados médicos e intervenções públicas na saúde, respeitando a cultura e os costumes dos países afetados;

Reconhecendo que os desastres podem acentuar as desigualdades e as iniquidades existentes e que as ações que tendem ao fortalecimento das capacidades de coordenação da assistência permitem incluir aspectos como a proteção aos grupos vulneráveis, a igualdade entre os sexos e a identificação de necessidades culturais ou de grupos étnicos;

Considerando que a Reforma Humanitária e a Agenda Transformativa das Nações Unidas e as resoluções CD45.R8 (2004) e CSP28.R19 (2012) da OPAS/OMS e WHA65.20 (2012) da OMS instam a melhorar a coordenação entre os diferentes atores que trabalham na resposta a emergências, com a finalidade de otimizar a resposta e a prestação de contas da cooperação internacional;

Reconhecendo o papel singular e central do Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Assuntos Humanitários (OCHA) na coordenação da ação humanitária internacional e na consideração adequada do papel das autoridades nacionais de gestão das situações de desastre;

Reconhecendo que o Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 e o Programa e Orçamento 2014-2015, aprovados pelo 52º Conselho Diretor da OPAS, estabelecem que os países contarão com um mecanismo de coordenação de emergências no âmbito da saúde que cumpra os requisitos mínimos para um desempenho satisfatório;

Reconhecendo a complexidade do setor da saúde e o papel crucial que desempenha no início da resposta a uma ocorrência de um desastre ou emergência, e reconhecendo que a coordenação da ajuda internacional na saúde poderia ser mais bem refletida nos mecanismos multissetoriais nacionais e internacionais;

Considerando a importância de contar com um plano de ação que fortaleça o setor de saúde nos Estados Membros e aumente sua capacidade de melhorar a coordenação, de forma eficaz e eficiente, para o recebimento e o envio da ajuda humanitária em matéria de saúde em situações de emergência e desastres, a fim de salvar o maior número de vidas possível e proteger a saúde da população afetada,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária* e apoiar sua consideração nas políticas, planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais.
2. Instar os Estados Membros a que:
 - a) participem na formação de um grupo de consulta regional de caráter temporário;
 - b) participem da rede de saúde para emergências e desastres nas Américas e promovam e facilitem a incorporação das ações e dos esforços bilaterais e multilaterais de cooperação no setor da saúde presentes atualmente na Região;

- c) considerem implementar, conforme apropriado da acordo com as regras das Nações Unidas e em coordenação com as autoridades nacionais de gestão do risco de desastres já existentes de um mecanismo flexível de registro das equipes médicas internacionais e equipes de saúde multidisciplinares, e dos procedimentos de resposta imediata nas Américas;
 - d) facilitem e cooperem na interconexão dos sistemas logísticos relacionados com a saúde nas Américas em uma rede, a fim de agilizar a assistência humanitária no setor da saúde na Região;
 - e) impulsionem e promovam a implantação de mecanismos de coordenação com outros setores;
 - f) promovam e facilitem a capacitação de seus recursos humanos para emergências e desastres.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) apoie a coordenação e execução do plano de ação para a coordenação da assistência humanitária no âmbito internacional e preste a cooperação técnica necessária aos países;
 - b) facilite e promova a criação de um mecanismo flexível de registro de equipes médicas internacionais e equipes de saúde multidisciplinares, e dos procedimentos de resposta imediata nas Américas, em coordenação com a OMS e o OCHA, e de acordo com as diretrizes da OMS;
 - c) facilite a formação de um grupo temporário de consulta regional com especialistas dos países para revisar, harmonizar, atualizar e divulgar procedimentos e mecanismos de assistência humanitária no âmbito da saúde na Região;
 - d) exerça a secretaria do grupo de consulta regional;
 - e) promova a formação de alianças entre países, com fóruns de integração regionais, com organismos internacionais, instituições científico-técnicas, organizações não governamentais, sociedade civil organizada, setor privado e outros, a fim de melhorar a capacidade dos Estados Membros de responder às emergências em matéria de saúde.

(Sétima reunião, 19 de junho de 2014)

CE154.R12: Plano de Ação sobre Saúde Mental

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação sobre Saúde Mental* (Documento CE154/15),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução conforme com os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação sobre Saúde Mental* (Documento CD53/__);

Reconhecendo que no mundo há uma alta prevalência de transtornos mentais e de consumo de substâncias, e que esta contribui de maneira importante para a morbidade, a incapacitação e a mortalidade prematura, e que, além disso, há uma grande falta de tratamento;

Entendendo que não há saúde sem saúde mental, sendo que esta é concebida não apenas pela ausência de enfermidade, mas como “um estado de bem estar em que o indivíduo realiza suas capacidades, supera o estresse normal da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera e contribui de alguma forma para sua comunidade”;¹

Considerando que, em 2009, o Conselho Diretor da OPAS adotou a *Estratégia e Plano de Ação sobre a Saúde Mental*, e que durante 2013 a Assembleia Mundial da Saúde aprovou o *Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020*, e que, além disso, nesse mesmo ano a OPAS adotou seu Plano Estratégico 2014-2019, tornando-se conveniente e necessário atualizar e alinhar nosso plano regional de ação sobre saúde mental com o Plano Estratégico da OPAS e com o plano de ação integral sobre a saúde mental (OMS);

Recordando os instrumentos internacionais fundamentais sobre direitos humanos, tais como o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência;

Observando que o *Plano de Ação sobre Saúde Mental* aborda as linhas de ação essenciais para responder às diversas necessidades de saúde mental dos países,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação sobre Saúde Mental*, bem como sua aplicação no contexto das condições próprias de cada país para responder às necessidades atuais e futuras no campo da saúde mental.

¹ Organização Mundial da Saúde. Plano de ação integral sobre a saúde mental 2013-2020 (em espanhol), anexo, pag. 3 (2013).

2. Instar os Estados Membros, levando em conta seu contexto nacional a que:
 - a) incluam a saúde mental e a promoção da saúde mental nas prioridades da política nacional de saúde para garantir a execução de planos de saúde mental que levem em consideração a falta e a desigualdade na distribuição de recursos que ocorre em alguns países;
 - b) fortaleçam, formulem, revisem e, se necessário, reformem os marcos legais dos países, bem como a aplicação destes, para proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais;
 - c) apoiem a participação da sociedade civil, particularmente as associações de usuários e de seus familiares, no planejamento e execução de atividades para promover a saúde mental da população;
 - d) promovam o acesso universal e equitativo à atenção integral de saúde mental para toda a população, e com base na comunidade, mediante o fortalecimento da capacidade de resposta dos sistemas e serviços de saúde mental no marco das redes integradas de serviços, enfatizando especialmente a redução da lacuna que existe em termos de tratamento;
 - e) continuem os esforços para evoluir do modelo centrado em hospitais psiquiátricos para um embasado na comunidade, onde o componente de saúde mental seja integrado na atenção primária à saúde nos hospitais gerais, e sejam estabelecidos serviços de saúde mental descentralizados e próximos da população;
 - f) assegurem que os serviços de saúde mental respondam apropriadamente às particularidades dos grupos em situação vulnerável ou com necessidades especiais;
 - g) assegurem a prestação de serviços de saúde mental e apoio psicossocial nos casos de emergências e de desastres;
 - h) considerem o fortalecimento dos recursos humanos em matéria de saúde mental como um componente essencial para o melhoramento da capacidade de resposta dos serviços e, em particular, à atenção primária, para o qual é crucial a execução regular de programas de capacitação;
 - i) impulsionem iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde mental e da prevenção dos transtornos mentais, atentando especialmente para o ciclo de vida, bem como para abordar o estigma e a discriminação que sofrem as pessoas com transtornos mentais;
 - j) executem intervenções específicas para a prevenção do suicídio que incluam o melhoramento dos sistemas de informação e vigilância;
 - k) reduzam a falta de informações existente no campo da saúde mental através do melhoramento da produção, da análise e do uso das informações, bem como a realização de pesquisas;

- l) fortaleçam as alianças governamentais multisetoriais, bem como aquelas formadas com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e outros atores sociais essenciais.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) apoie os Estados Membros na elaboração, revisão, fortalecimento e execução de planos nacionais de saúde mental e de marcos legais que tenham como referência este plano de ação, procurando corrigir as iniquidades e atentando mais aos grupos em situação vulnerável e portadores de necessidades especiais;
 - b) colabore nas avaliações dos programas e serviços de saúde mental dos países para que sejam aplicadas ações adequadas que tenham por base um diagnóstico da situação existente;
 - c) prepare um documento técnico complementar contendo recomendações, opções de prática, inclusive que discorra sobre a mensuração dos indicadores sugeridos seja preparado e difundido entre os Estados Membros, e que esse plano seja executado nos países;
 - d) facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências, e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros;
 - f) fomente alianças com organizações governamentais, não governamentais, organismos internacionais e outras instâncias regionais ou subregionais em apoio à resposta integral necessária ao processo de execução deste plano de ação.

(Oitava reunião, 19 de junho de 2014)

CE154.R13: Prêmio OPAS em Administração (2014)

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS em Administração (2014)* (Documento CE154/5, Add. I);

Tendo presentes as disposições dos procedimentos e diretrizes para a concessão do Prêmio OPAS em Administração, conforme aprovados pela 18ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1970) e modificados pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1994) e pelo Comitê Executivo nas suas 124ª (1999), 135ª (2004), 140ª (2007) e 146ª (2010) sessões,

RESOLVE:

1. Parabenizar os candidatos ao Prêmio OPAS em Administração (2014) pelo seu excelente nível profissional e destacado trabalho em benefício do seu país e da Região.

2. Com base na recomendação do Júri, conceder o Prêmio OPAS em Administração (2014) ao Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, do México, por suas importantes contribuições para a saúde pública, exemplificadas pelo seu trabalho e liderança no campo da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação sobre saúde; pela sua notável trajetória e pelas suas contribuições para a administração dos serviços de saúde como gestor e líder, corroboradas pelos cargos docentes e administrativos que ocupou e pelo grande número de publicações em revistas nacionais e internacionais; pelas suas excelentes contribuições para o ensino da medicina; pela sua significativa contribuição à Classificação Internacional de Doença (CID), sobretudo na forma da liderança demonstrada no México durante a transição para a CID-10 e do estabelecimento de um centro colaborador da OPAS/OMS; pela sua liderança no México na preparação e resposta à influenza A(H1N1)pdm09 ocorrida em 2009, que ajudou de forma significativa na resposta dos sistemas de saúde de toda a Região.

3. Transmitir o *Relatório do Júri para a Concessão do Prêmio OPAS em Administração (2014)* (Documento CE154/5, Add. I), ao 53º Conselho Diretor.

(Oitava reunião, 19 de junho de 2014)

CE154.R14: Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta do *Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas* proposto (Documento CE154/17),

RESOLVE:

Recomendar que o 53º Conselho Diretor aprove uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO PARA SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas* (Documento CD53/__);

Considerando a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas como um enfoque às políticas públicas em todos os setores que sistematicamente leva em consideração as implicações para a saúde das decisões, busca sinergias e evita o impacto negativo à saúde de modo a melhorar a saúde da população e a equidade em saúde, assim como o plano geral de ação saúde em todas as políticas da OMS, que estabelece seis

componentes principais que devem ser contemplados a fim de pôr o enfoque da saúde em todas as políticas em prática;

Recordando a Declaração de Alma-Ata, com sua ênfase em uma estratégia de atenção primária à saúde, e a estratégia global para saúde para todos até o ano 2000, conclamando a coordenação, a cooperação e a ação intersetorial para saúde entre os respectivos setores e os aspectos do desenvolvimento nacional e das comunidades, assim como a rogativa da Carta de Ottawa para a formulação de políticas públicas favoráveis e criação de ambientes propícios à saúde;

Reconhecendo a Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde e sua exortação para o desenvolvimento e a implementação de medidas confiáveis e robustas, com base científica, do bem-estar da sociedade, escoradas quando possível nos indicadores, padrões e programas existentes e em todo o gradiente social, que não se restringem ao crescimento econômico, e reconhecendo o importante papel de promoção de causa dos ministérios da saúde neste sentido;

Constatando o documento da Assembleia Geral das Nações Unidas “O Futuro que Queremos”, em particular o seu reconhecimento de que saúde é um prerequisite e resultado final e indicador das três dimensões do desenvolvimento sustentável, e sua exortação à participação de todos os respectivos setores em ação multissetorial coordenada para atender urgentemente as necessidades em saúde da população mundial;

Reconhecendo que os benefícios em saúde não se deram por igual entre os países e dentro dos países na Região, que a iniquidade continua sendo um dos maiores desafios para a saúde e o desenvolvimento sustentável na Região das Américas, e que o aumento da migração, o envelhecimento populacional e o conseqüente crescimento das doenças não transmissíveis (DNT) são as tendências mais importantes que definem a saúde nas Américas;

Reconhecendo o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e, em particular a sua categoria 3 (determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo do ciclo de vida),

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas* para 2014-2019.
2. Instar os Estados Membros, conforme apropriado e levando em conta o contexto e as prioridades nacionais, a que:
 - a) defenderam a saúde e a promoção da equidade em saúde como prioridade e tomar medidas eficientes em relação aos determinantes sociais da saúde, à cobertura universal de saúde, ao fortalecimento dos sistemas de saúde e à equidade em matéria de saúde;
 - b) adotem medidas efetivas, inclusive, se convier, legislação, estruturas, processos e recursos que facilitem políticas públicas que levam em consideração e

- contemplam o próprio impacto na saúde, a equidade em saúde e os determinantes da saúde, e implantar mecanismos para mensurar e monitorar os determinantes da saúde e as disparidades em saúde;
- c) desenvolvam, e manter, conforme apropriado, a capacidade e as competências institucionais adequadas e sustentáveis, para obter, por meio de ações em todos os setores, melhores resultados do ponto de vista de saúde e equidade em saúde;
 - d) usem as ferramentas pertinentes para identificar, avaliar, mobilizar e fortalecer a participação multissetorial e ações para a saúde, incluindo, se apropriado, comitês interministeriais, orçamentos e contabilidade integrados, e análise do impacto na saúde;
 - e) fortaleçam a devida diligência e responsabilidade e dar maior transparência à tomada de decisão e participação;
 - f) envolvam, se apropriado, as comunidades locais e atores da sociedade civil no desenvolvimento, implementação, monitoramento e avaliação das políticas em todos os setores, incluindo mecanismos para o engajamento das comunidades e participação pública;
 - g) contribuam para o desenvolvimento da agenda de desenvolvimento pós-2015 enfatizando que as políticas nos setores fora do setor da saúde têm um impacto significativo nos desfechos de saúde, e identificando as sinergias entre os objetivos das políticas na saúde e em outros setores;
 - h) impulsionem a participação ativa da autoridade sanitária com outros setores.
3. Solicitar à Diretora a:
- a) apoiar os esforços nacionais para melhorar a saúde e o bem-estar e assegurar a equidade em saúde, incluindo ação em todos os setores nos determinantes da saúde e fatores de risco para doenças mediante o fortalecimento do conhecimento e das evidências para promover a saúde em todas as políticas;
 - b) dar orientação e assistência técnica, a pedido, aos Estados Membros nos seus esforços de implementar a saúde em todas as políticas, incluindo o desinvolvimento da capacitação necessária, estruturas, mecanismos e processos para mensurar e monitorar os determinantes da saúde e as disparidades em saúde;
 - c) fortalecer o papel, as competências e os recursos de conhecimento da OPAS de dar orientação e assistência técnica para apoiar a implementação de políticas em todos os setores nos diversos níveis de governança, e assegurar coerência e colaboração com as próprias iniciativas da OPAS que requerem ações em todos os setores, inclusive na resposta regional aos desafios decorrentes das DNT;
 - d) fortalecer o intercâmbio de experiências entre países e o trabalho entre agências do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano.

(Novena reunião, 20 de junho de 2014)

CE154.R15: Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório de progresso sobre o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado* (Documento CE154/11);

Ressaltando o progresso obtido na melhoria dos componentes principais do Plano Estratégico da OPAS, conforme solicitado pelo 52º Conselho Diretor (Resolução CD52.R8) e pela 153ª Sessão do Comitê Executivo;

Reconhecendo a valiosa contribuição do Grupo de Trabalho de Países para: *i)* melhorar a definição e os critérios de mensuração dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários, inclusive com o desenvolvimento de um compêndio abrangente de indicadores; *ii)* aprimorar a metodologia de estratificação das prioridades programáticas; e *iii)* desenvolver o novo sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

Reconhecendo a importância de consultar os Estados Membros no intuito de validar as linhas de base e as metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico,

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução conforme os seguintes termos:

PLANO ESTRATÉGICO DA OPAS 2014-2019 MODIFICADO

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações propostas dos indicadores do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (*Documento Oficial 345*);

Acolhendo as melhorias da definição e dos critérios de mensuração dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários do Plano Estratégico da OPAS;

Reconhecendo a valiosa contribuição do Grupo de Trabalho de Países para: *i)* melhorar a definição e os critérios de mensuração dos indicadores de impacto e dos resultados intermediários, inclusive com o desenvolvimento de um compêndio abrangente de indicadores; *ii)* avaliar e fazer recomendações para aprimorar a metodologia de estratificação das prioridades programáticas; e *iii)* desenvolver o novo sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;

Reconhecendo a importância de manter consultas com os Estados Membros a fim de validar as linhas de base e as metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado (Documento Oficial 345)*, incluindo seus indicadores revisados.
2. Agradecer ao Grupo de Trabalho de Países o seu compromisso e valiosa contribuição para o aprimoramento dos indicadores do Plano Estratégico, inclusive mediante o desenvolvimento de um compêndio abrangente de indicadores, e suas orientações para a elaboração do sistema conjunto de monitoramento e avaliação para o *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado*.
3. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue a consultar os Estados Membros sobre quaisquer revisões adicionais das linhas de base e metas dos indicadores dos resultados intermediários do Plano Estratégico;
 - b) incorpore o Programa y Orçamento 2014-2015 quaisquer alterações necessárias em resposta à revisão dos indicadores do *Plano Estratégico 2014-2019 Modificado*;
 - c) estabeleça o sistema conjunto de monitoramento e avaliação para informar sobre a implementação do Plano Estratégico, em colaboração com os Estados Membros;
 - d) apresente um relatório a respeito do andamento da implementação do *Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado* ao final do biênio 2014-2015.

(Décima reunião, 20 de junho de 2014)

CE154.R16: Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* (Documento CE154/13),

RESOLVE:

Recomendar que o 53º Conselho Diretor adote uma resolução redigida nos seguintes termos:

PLANO DE AÇÃO PARA O ACESSO UNIVERSAL AO SANGUE SEGURO

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* (Documento CD53/_);

Observando a importância da integração eficaz e sustentável dos programas nacionais e serviços hemoterápicos do sistema nacional de saúde, a fim de conseguir autossuficiência, segurança, eficiência, disponibilidade e acesso universal ao sangue e aos hemocomponentes, no momento e da maneira oportunos para contribuir para salvar vidas e melhorar as condições de saúde de todas as pessoas que deles necessitem, como crianças com anemias graves; doentes crônicos; pacientes com hemoglobinopatias, traumatismos ou câncer; mulheres grávidas; e pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, como transplantes, entre outros;

Considerando a transfusão sanguínea como uma das oito intervenções chave no atendimento obstétrico de emergência;

Ciente dos esforços realizados pela Repartição Sanitária Pan-Americana e pelos programas nacionais de sangue dos Estados Membros para o fortalecimento dos sistemas nacionais de sangue a fim de melhorar o acesso ao sangue, sua disponibilidade e sua segurança;

Levando em consideração a avaliação conjunta da execução do plano 2006-2010, realizada em 2011 e apresentada ao 51º Conselho Diretor da OPAS no documento CD51/INF/5; os resultados e os desafios determinados na avaliação que servem de ponto de partida para a formulação do *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* 2014-2019;

Reconhecendo que, para conseguir um suprimento suficiente, qualidade apropriada do sangue e segurança nas transfusões, é necessário ajustar os enfoques nacionais atuais;

Preocupado de que é preciso atingir a autossuficiência de sangue e hemocomponentes com base no aumento do número de doadores voluntários na Região das Américas, e considerando que o sangue coletado é habitualmente processado para ser transformado em hemocomponentes;

Motivado pelo espírito do pan-americanismo, pelos objetivos de desenvolvimento internacionalmente acordados na Declaração do Milênio das Nações Unidas, pelos instrumentos vinculantes de direitos humanos universais e regionais e pelo desafio de conseguir o acesso universal a sangue e hemocomponentes seguros;

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro* e sua implementação no contexto das condições próprias de cada país.
2. Instar os Estados Membros, levando em consideração o contexto e as prioridades nacionais, a que:
 - a) renovem seu compromisso para apoiar a implantação de programas e serviços de sangue bem organizados, coordenados em nível nacional e sustentáveis que estejam integrados ao sistema de saúde e contem com a estrutura legal e normativa apropriada para avançar em direção à garantia ao acesso universal ao sangue e aos hemocomponentes mediante a suficiência, qualidade e segurança e o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes;
 - b) aloquem os recursos necessários para o funcionamento e desenvolvimento adequados do sistema, tal como:
 - i. recursos financeiros que assegurem a viabilidade e a gestão transparente do sistema a fim de evitar a comercialização de sangue, exceto quando a legislação nacional a permita,
 - ii. assegurem a disponibilidade de recursos humanos capacitados apoiando iniciativas educacionais e evitar a alta rotatividade de pessoal nos serviços;
 - c) promovam única e exclusivamente a doação voluntária de sangue, não remunerada e repetida; desestimular a doação remunerada e familiar ou de reposição, exceto quando esteja amparada pelo sistema regulatório nacional;
 - d) estabeleçam sistemas de gestão de qualidade que assegurem a triagem universal do sangue para os marcadores estipulados pela OPAS/OMS na Região, a implementação de programas nacionais de avaliação externa de desempenho e o uso apropriado do sangue e dos hemocomponentes a fim de promover a segurança do paciente;
 - e) promovam a participação intersetorial (setor público, setor privado, outros ministérios, sociedade civil, entre outros) para potencializar os recursos e obter sinergias em benefício do sistema nacional de sangue;
 - f) estabeleçam um marco regulatório que fortaleça o sistema de vigilância sanitária a fim de assegurar a regulamentação e o controle da cadeia transfusional;
 - g) assegurem os mecanismos para implementação de um sistema de hemovigilância não punitivo, onde sejam notificadas as reações transfusionais que permitam identificar intervenções oportunas para adoção de medidas corretivas e mitigação de riscos;
 - h) apropriem e utilizem de forma adequada os recursos para alcançar os objetivos do Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro 2014-2019;

- i) estabeleçam mecanismos que permitam monitorar e avaliar a execução do Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro 2014-2019.
3. Pedir à Diretora que:
- a) coopere com os Estados Membros na implementação do presente plano 2014-2019, em conformidade com suas necessidades, mediante a aplicação de um enfoque multidisciplinar, a consideração da promoção da saúde, os direitos humanos, a igualdade de gênero e os determinantes sociais da saúde;
 - b) promova a implementação deste plano de ação e garanta sua transversalidade através das áreas programáticas da Organização e dos diferentes contextos regionais, sub-regionais e nacionais, e a colaboração com os países e entre eles, na elaboração de estratégias e no intercâmbio de capacidades e recursos;
 - c) continue promovendo a captação ativa de recursos e a formação de alianças para respaldar a aplicação desta resolução;
 - d) monitore e avalie a execução deste Plano de ação e informe periodicamente aos Órgãos Diretivos sobre os avanços e limitações na execução do Plano, bem como suas adaptações, se necessário, a novos contextos e necessidades.

(Décima reunião, 20 de junho de 2014)

CE154.R17: Estratégia para Cobertura Universal de Saúde

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a proposta de *Estratégia para Cobertura Universal de Saúde* (Documento CE154/12),

RESOLVE:

Recomendar que o Conselho Diretor adote uma resolução nos seguintes termos:

ESTRATÉGIA PARA COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE

O 53º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado a *Estratégia para Cobertura Universal de Saúde* apresentada pela Diretora (Documento CD53/__);

Levando em conta que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece como um dos seus princípios básicos que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, credo, ideologia política ou condição econômica ou social”;

Consciente de que a cobertura universal de saúde implica que todas as pessoas tenham acesso, sem discriminação alguma, a serviços integrais de saúde determinados no âmbito nacional (de caráter promocional, preventivo, curativo, paliativo e reabilitador) de acordo com as necessidades, bem como a medicamentos seguros, acessíveis, eficazes e de qualidade, ao mesmo tempo em que se garante e que o uso desses serviços não exponha os usuários a dificuldades financeiras, particularmente os setores pobres, vulneráveis e marginalizados da população;

Reconhecendo que as políticas e intervenções que abordam os determinantes sociais da saúde e fomentam o compromisso da sociedade como um todo para promover a saúde e o bem-estar com ênfase sobre grupos em condições de pobreza e vulnerabilidade são um requisito essencial para avançar no sentido da cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que a cobertura universal de saúde se enquadra nos valores e princípios da atenção primária à saúde no espírito de Alma-Ata;

Observando que os países da Região reafirmaram o seu compromisso com a Cobertura Universal de Saúde no 52º Conselho Diretor da OPAS (2013), ao aprovar o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e ao participar ativamente em outros fóruns internacionais, como a *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde* (2011), a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, Rio+20 (2012), a resolução A/RES/67/81 da Assembleia Geral das Nações Unidas de dezembro do 2012 e a resolução WHA67.14 (2014) da Assembleia Mundial da Saúde, *Saúde na agenda do desenvolvimento pós-2015*, que propõe a cobertura universal de saúde e os objetivos do milênio não cumpridos como elementos importantes para a equidade e o desenvolvimento humano na agenda de desenvolvimento pós-2015;

Notando as melhoras recentes conquistadas no âmbito da saúde nas Américas graças, em parte, ao desenvolvimento econômico e social dos países, à consolidação dos processos democráticos, ao fortalecimento de sistemas de saúde e ao compromisso político dos países para abordar as necessidades de saúde de suas populações;

Reconhecendo que, apesar dos avanços obtidos, grandes desafios perduram; que a Região continuar a ser a mais desigual no mundo; que o processo da redução das iniquidades em saúde torna-se mais complexa pelos novos padrões epidemiológicos e demográficos, que requerem respostas diferentes e inovadoras dos sistemas e serviços de saúde; e que os problemas da exclusão e falta de acesso aos serviços de qualidade persistem para grande parte da população na Região, principalmente para os grupos mais vulneráveis;

Observando que os esforços para fortalecer e transformar os sistemas de saúde nos países da Região geraram considerável conhecimento e experiência que facilitarão o contínuo progresso em direção à cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que, para avançar rumo à cobertura universal de saúde, são necessários esforços para superar a exclusão, a iniquidade, as barreiras ao acesso e o uso oportuno de serviços integrais de saúde;

Considerando a importância de alcançar a cobertura universal de saúde por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde e da adoção de políticas integradas e integrais a fim de abordar os determinantes sociais da saúde, e recordando também que a Constituição da Organização Mundial da Saúde estabelece como um dos seus princípios básicos que “o gozo do grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de raça, credo, ideologia política ou condição econômica ou social”;

Reconhecendo a importância de priorizar o fortalecimento dos sistemas de saúde, tendo como objetivo geral a cobertura universal de saúde, a fim de abordar as iniquidades no acesso à saúde;

Observando que a Estratégia define as condições essenciais que permitirão que os países enfoquem suas políticas e meçam seu sucesso e o progresso no sentido da cobertura universal de saúde;

Reconhecendo que cada país deve definir seu próprio caminho em direção à cobertura universal de saúde, levando em conta seu contexto social, econômico, político, legal, histórico e cultural;

Reconhecendo o processo participativo implantado para o desenvolvimento da Estratégia, abrangendo as consultas nacionais realizadas pelos Estados Membros em coordenação com a Repartição Sanitária Pan-Americana, consultas sub-regionais e regionais coordenadas pela Repartição e o grupo de trabalho dos países,

RESOLVE:

1. Adotar a *Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde*.
2. Instar os Estados Membros, de maneira apropriada ao seu contexto, assim como às suas prioridades nacionais, a:
 - a) estabelecer mecanismos formais de participação e diálogo para promover o desenvolvimento e a implantação de políticas inclusivas e garantir a prestação de contas no avanço rumo ao objetivo da cobertura universal de saúde;
 - b) estabelecer objetivos e metas nacionais, bem como definir seu respectivo roteiro rumo à cobertura universal de saúde; estabelecer as prioridades nacionais para o período 2014-2019, de acordo com os compromissos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS e no Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho da OMS (2014-2019);

- c) definir e implantar um conjunto de ações para fortalecer a governança e a capacidade gestora do setor da saúde; exercer liderança para repercutir nas políticas, planos, legislação, regulamentações e ações de outros setores em que os determinantes da saúde sejam abordados;
- d) avançar na provisão do acesso universal a serviços de saúde integrais e inclusivos que são compatíveis com as necessidades de saúde, as capacidades do sistema e o contexto nacional; identificar as necessidades diferenciadas e não atendidas da população, bem como as necessidades específicas dos grupos em condições de vulnerabilidade;
- e) definir e executar ações para melhorar a organização e a gestão dos serviços de saúde por meio do desenvolvimento de modelos de atenção que se concentrem nas necessidades das pessoas e comunidades, aumentando a capacidade resolutiva a nível primário de atenção através de redes integradas de serviços de saúde;
- f) melhorar a capacidade de recursos humanos no nível primário de atendimento, aumentando as oportunidades de emprego com incentivos e condições de trabalho atraentes, sobretudo nas áreas onde o atendimento é precário; consolidar as equipes multiprofissionais e colaborativas de saúde; garantir o acesso dessas equipes às informações de saúde e a serviços de telessaúde (inclusive de telemedicina); introduzir novos perfis profissionais e técnicos em função do modelo de atendimento para os serviços integrais;
- g) aumentar a eficiência e o financiamento público da saúde conforme apropriado, levando em conta que, na maioria dos casos, um nível de gastos públicos de 6% do PIB é uma referência útil o que esses recursos devem ser dirigidos, conforme apropriado prioritariamente para o nível primário de atenção, visando expandir a oferta de serviços de qualidade e abordar rapidamente as necessidades de saúde não atendidas;
- h) avançar no sentido da eliminação ou evitar significativos desembolsos diretos no momento da prestação de serviços, substituindo-os, de forma planejada, por contribuições solidárias baseadas em impostos e outras fontes de financiamento, a fim de evitar barreiras ao acesso, gastos catastróficos e o empobrecimento das pessoas ao buscar o atendimento de que precisam;
- i) identificar e implantar um conjunto de ações para melhorar a eficiência do financiamento e a organização dos sistemas de saúde;
- j) implantar programas que deem maior autonomia às pessoas e comunidades, inclusive com atividades de promoção, prevenção e educação que possibilitem às pessoas e comunidades saber mais sobre seu estado de saúde e seus direitos e responsabilidades, bem como sobre os determinantes sociais da saúde.

3. Solicitar que a Diretora:
- a) use a estratégia para facilitar a liderança das autoridades sanitárias, a fim de promover a mobilização dos recursos nacionais visando apoiar a transformação ou fortalecimento dos sistemas de saúde no sentido da cobertura universal de saúde;
 - b) priorize a cooperação técnica que apoie os países no desenvolvimento de processos participativos visando definir objetivos e metas nacionais, bem como planos de ação para avançar no sentido da cobertura universal de saúde;
 - c) meça o progresso no sentido da cobertura universal de saúde usando os indicadores estabelecidos no Plano Estratégico 2014-2019 e informe sobre os avanços através de relatórios bienais de avaliação sobre a implantação do Plano Estratégico;
 - d) desenvolva ações e ferramentas para apoiar a implantação da Estratégia;
 - e) promova a inovação na cooperação técnica para a transformação ou fortalecimento de sistemas de saúde para uma cobertura universal de saúde, atualizando os mecanismos da Repartição para apoiar a cooperação entre os países através da criação de redes de especialistas e de gestão do conhecimento, facilitando a documentação e a comunicação das experiências dos países e usando as plataformas tecnológicas de maneira coerente com as necessidades e capacidades atuais dos países, bem como com as lições aprendidas;
 - f) fortaleça os mecanismos de coordenação e colaboração interinstitucionais para conseguir sinergias e eficiência na cooperação técnica, inclusive no sistema das Nações Unidas, no sistema interamericano e junto a outros interessados diretos que trabalhem para a cobertura universal de saúde, em particular com os mecanismos sub-regionais de integração e as instituições financeiras internacionais pertinentes.

(Décima reunião, 20 de junho de 2014)

CE154.R18: Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

A 154ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado a agenda provisória (Documento CD53/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, apresentada como Anexo A ao Documento CE154/3, Rev. 2;

Levando em conta as disposições do Artigo 12.C da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde e o Art. 7 do Regulamento Interno do Conselho Diretor,

RESOLVE:

Aprovar a agenda provisória (Documento CD53/1) preparada pela Diretora da OPAS para a 53^o Conselho Diretor da OPAS, 66^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

(Décima reunião, 20 de junho de 2014)

Decisões

Decisão CE154(D1): Adoção da Agenda

Em conformidade com o Artigo 9 do Regulamento Interno do Comitê Executivo, o Comitê adotou a agenda apresentada pela Diretora, com as emendas do Comitê (Documento CE154/1, Rev. 2).

(Primeira reunião, 16 de junho de 2014)

Decisão CE154(D2): Representação do Comitê Executivo no 53^o Conselho Diretor da OPAS, 66^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

Em conformidade com o Artigo 54 do seu Regulamento Interno, o Comitê Executivo decidiu designar Brasil e Canadá, seu Presidente e Vice-Presidente, respectivamente, para representar o Comitê no 53^o Conselho Diretor, 66^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. Costa Rica e Paraguai foram eleitos como representantes suplentes.

(Nona reunião, 20 de junho de 2014)

EM TESTEMUNHO DO QUAL, o Presidente do Comitê Executivo, Delegado do Brasil e a Secretária ex officio, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o presente o Relatório Final em língua portuguesa.

FEITO em Washington, D.C., neste vigésimo dia de junho do ano de dois mil e quatorze. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Presidente da 154^a Sessão do
Comitê Executivo
Delegado do Brasil

Carissa Etienne
Secretária ex officio da
154^a Sessão do Comitê Executivo
Diretora da
Repartição Sanitária Pan-Americana

Anexo A

AGENDA

- 1. ABERTURA DA SESSÃO**
 - 2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO**
 - 2.1 Adoção da Agenda e do Programa de Reuniões
 - 2.2 Representação do Comitê Executivo no 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
 - 2.3 Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas
 - 3. ASSUNTOS RELATIVOS AO COMITÊ**
 - 3.1 Relatório sobre a Oitava Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração
 - 3.2 Premio OPAS em Administração (2014)
 - 3.3 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS
 - 3.4 Relatório Anual do Escritório de Ética (2013)
 - 3.5 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS
 - 3.6 Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS
 - 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS**
 - 4.1 Relatório Final Preliminar do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013
 - 4.2 Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado (Rascunho)
 - 4.3 Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde
-

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS (cont.)

- 4.4 Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro
- 4.5 Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação
- 4.6 Plano de Ação sobre Saúde Mental
- 4.7 Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes
- 4.8 Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas
- 4.9 Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais
- 4.10 Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária
- 4.11 Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas
- 5.2 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013
- 5.3 Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
- 5.4 Financiamento de Seguro-Saúde Pós-serviço da OPAS
- 5.5 Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
- 5.6 Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS
- 5.7 Plano Mestre de Investimentos de Capital
- 5.8 Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA

6. ASSUNTOS DE PESSOAL

- 6.1 Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
- 6.2 Estatísticas sobre a Dotação de Pessoal da RSPA
- 6.3 Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

7. ASSUNTOS DE INFORMAÇÃO

- 7.1 Atualização sobre a Reforma da OMS
- 7.2 Relatório de Avaliação do Programa e Orçamento da OMS 2012-2013
- 7.3 Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015
- 7.4 Relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS
- 7.5 Sistematização dos Mandatos da OPAS
- 7.6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
 - A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática
 - B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas
 - C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave
 - D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional
 - E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza
 - F. Plano de Ação para Hospitais Seguros
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- 7.7 Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:
 - A. 67^a Assembleia Mundial da Saúde
 - B. Organizações Sub-regionais

8. OUTROS ASSUNTOS

9. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

Anexo B

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Doc. Of. 347 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondente a 2013

Documentos de Trabalho

CE154/1, Rev. 2 Agenda

CE154/2 Representação do Comitê Executivo no 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE154/3, Rev. 2 Agenda Provisória do 53º Conselho Diretor da OPAS, 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas

CE154/4 Relatório sobre a Oitava Sessão do Subcomitê para Programa, Orçamento e Administração

CE154/5 e Add. I Premio OPAS em Administração (2014)

CE154/6, Rev. 1 Organizações Não Governamentais que Mantêm Relações Oficiais com a OPAS

CE154/7 Relatório Anual do Escritório de Ética (2013)

CE154/8 Relatório do Comitê de Auditoria da OPAS

CE154/9 Nomeação de um Membro ao Comitê de Auditoria da OPAS

CE154/10 Relatório Final Preliminar do Plano Estratégico da OPAS 2008-2013 e Avaliação de Fim do Biênio do Programa e Orçamento 2012-2013

CE154/11 Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 Modificado (Rascunho)

CE154/12 Estratégia para a Cobertura Universal de Saúde

CE154/13 Plano de Ação para o Acesso Universal ao Sangue Seguro

Documentos de Trabalho (cont.)

CE154/14	Plano de Ação para Deficiência e Reabilitação
CE154/15	Plano de Ação sobre Saúde Mental
CE154/16, Rev. 1	Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes
CE154/17	Plano de Ação para Saúde em Todas as Políticas
CE154/18	Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira e das Deficiências Visuais
CE154/19	Plano de Ação para a Coordenação da Assistência Humanitária
CE154/20, Rev. 1	Estratégia sobre a Legislação Relacionada com a Saúde
CE154/21, Rev. 1 e Add. I	Relatório sobre a Arrecadação das Contribuições Fixas
CE154/22	Relatório do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação
CE154/23	Financiamento de Seguro-Saúde Pós-serviço da OPAS
CE154/24, Rev. 1	Situação e Nível Autorizado do Fundo de Capital de Giro
CE154/25	Situação dos Projetos Financiados com a Conta Especial da OPAS
CE154/26	Plano Mestre de Investimentos de Capital
CE154/27	Situação do Projeto para a Modernização do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA
CE154/28	Modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA
CE154/29	Estatísticas sobre a Dotação de Pessoal da RSPA
CE154/30	Intervenção do Representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS

Documentos da Informação

- CE154/INF/1 Atualização sobre a Reforma da OMS
- CE154/INF/2 Relatório de Avaliação do Programa e Orçamento da OMS 2012-2013
- CE154/INF/3 Situação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda para o Desenvolvimento depois de 2015
- CE154/INF/4, Rev. 1 Relatório do Comitê Consultivo de Pesquisa em Saúde da OPAS/OMS
- CE154/INF/5 Sistematização dos Mandatos da OPAS
- CE154/INF/6 Relatórios de Progresso sobre Assuntos Técnicos:
- A. Estratégia e Plano de Ação sobre Mudança Climática
 - B. Plano de Ação para Manter a Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita na Região das Américas
 - C. Plano de Ação para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Morbidade Materna Grave
 - D. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional
 - E. Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Infecções Relacionadas à Pobreza
 - F. Plano de Ação para Hospitais Seguros
 - G. Situação dos Centros Pan-Americanos
- CE154/INF/7 Resoluções e Outras Ações das Organizações Intergovernamentais de Interesse para a OPAS:
- A. 67^a Assembleia Mundial da Saúde
 - B. Organizações Sub-regionais

Anexo C

LIST OF PARTICIPANTS / LISTA DE PARTICIPANTES

OFFICERS / MESA DIRECTIVA

President / Presidente: Dr. Jarbas Barbosa da Silva (Brazil/Brasil)
Vice-President / Vicepresidente: Mr. Robert Shearer (Canada/Canadá)
Rapporteur / Relator: Mr. Francisco Devia (Chile)

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO

BAHAMAS

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Hon. Dr. Perry Gomez
Minister of Health
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Delegate - Delegado

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

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

Sr. Breno Dias da Costa
Representante Interino
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Alberto Kleiman
Assessor Especial para Assuntos
Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Chefe, Adjunta
Assessoria de Assuntos Internacionais
de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sra. Laura Segall Correa
Assessora Internacional de Vigilância
em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Erwin Epiphanio
Secretário
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves
Técnico Especializado de Assessoria de
Assuntos Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Mr. Robert Shearer
Director General
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates - Delegados

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

Ms. Lucero Hernández
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada, Ottawa

Mr. Sudeep Bhattarai
Senior Health Specialist
Department of Foreign Affairs, Trade
and Development
Ottawa

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

Ms. Charlotte McDowell
Senior Development Officer
Permanent Mission of Canada to the
Organization of American States
Washington, D.C.

CHILE

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dra. Raquel Child
Asesora de la Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates - Delegados

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

CHILE (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

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

COSTA RICA

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dra. María Elena López
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegates - Delegados

Sra. Beatriz Eugenia Serrano Pérez
Ministra Consejera, Representante Alternativa
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Joshua Céspedes
Consejero, Representante Alternativo
de Costa Rica ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegates - Delegados

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

MEMBERS OF THE EXECUTIVE COMMITTEE / MIEMBROS DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates - Delegados (cont.)

Dr. José Francisco Vallejo Flores
Subsecretario Nacional de Vigilancia de
la Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

Lic. Cristina Luna
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

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

EL SALVADOR

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Políticas Sectoriales
de Salud
Ministerio de Salud
San Salvador

Delegate - Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

Delegate - Delegado

Dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

PARAGUAY

Chief Delegate - Jefe de Delegación

Dr. César Cabral
Dirección General de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO**

ARGENTINA

Dr. Luis Ignacio Eizaguirre
Asesor, Subsecretaría de Relaciones
Sanitarias e Investigación
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Lic. Andrea Polach
Analista, Dirección Nacional de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Sr. Carlos López Sanabria
Secretario, Representante Alterno
de la República Argentina ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BARBADOS

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

COLOMBIA

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

MEXICO/MÉXICO

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

Excmo. Sr. Emilio Rabasa G.
Embajador, Representante Permanente
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Sra. Paola Riveros Moreno de Tagle
Segunda Secretaria, Representante Alterna
de México ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

PERU/PERÚ

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

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

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

Ms. Ann Blackwood
Senior Health Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Susan Thollaug
Health Team Leader
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO (cont.)**

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

Ms. Julianna Bentes
Attorney-Adviser
Office of Human Rights and Refugees
Office of the Legal Adviser
Department of State
Washington, D.C.

Ms. Hannah Burris
International Health Advisor
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

Mr. Charles Darr
International Health Analyst
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Ms. Peg Marshall
Office of Regional Sustainable Development
Bureau for Latin America and the Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

Ms. Stephanie Martone
International Health Analyst
Office of Global 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.

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

Ms. Christina Rabadan-Diehl
Director
American Region
Office of Global Affairs
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Ms. Veronica Valdivieso
Deputy Health Team Leader
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C.

**OTHER MEMBERS NOT SERVING IN THE EXECUTIVE COMMITTEE/
OTROS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL COMITÉ EJECUTIVO** *(cont.)*

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

Chief Delegate - Jefe de Delegación

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

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

Delegate - Delegado

Sra. Marcella Camero
Segunda Secretaria, Representante Alternativa
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES / ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

M. Jean-Claude Nolla
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA *(cont.)*

M. Hugues de Chavagnac
Observateur permanent adjoint de
la France près de l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

OBSERVER STATES / ESTADOS OBSERVADORES

SPAIN/ESPAÑA

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

SPAIN/ESPAÑA *(cont.)*

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

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

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

Sra. Inés Bustillo
Sr. Rex García-Hidalgo

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

World Bank/Banco Mundial

Dr. Christel Vermeersch

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

**American College of Healthcare Executives/
Colegio Americano de Ejecutivos del
Cuidado de la Salud**

Ms. Cynthia Hahn

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

Dr. Lemmietta McNelly
Mrs. Lily Schuermann

**American Public Health Association/
Asociación Americana de Salud Pública**

Dr. Georges Benjamin
Mrs. Vina HuLamm
Ms. Nicole Burda

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

Ing. Jorge Triana Soto

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

Dr. Alberto Paganelli
Dr. Luis Villalba

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

Ms. Marcela Gaitán

**Sabin Vaccine Institute /Instituto de
Vacunas Sabin**

Ambassador Michel Marine
Mr. Brian Shaw

U.S. Pharmacopeia

Dr. Damian Cairatti

SPECIAL GUESTS / INVITADOS ESPECIALES

**PAHO Audit Committee/
Comité de Auditoría de la OPS**

Ms. Amalia Lo Faso

**Court of Audit of Spain/Tribunal de Cuentas
de España**

Sr. Javier Medina Guijarro
Sr. Alfredo Campos
Sr. Miguel Ángel Sánchez del Águila

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

**Director and Secretary ex officio of the
Executive Committee/Directora y Secretaria
ex officio del Comité Ejecutivo**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Jon Kim Andrus
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Francisco Becerra
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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