

Consulta formal regional sobre o Regulamento Sanitário Internacional

Baseado no documento preparado pelo Secretariado da OMS

*[Anteprojeto do] Plano estratégico global quinquenal
para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública*

São Paulo, Brasil, 17-19 de julho de 2017

Relatório final

Resumo executivo

As principais considerações, observações e sugestões tecidas pelos Estados Partes nas Américas nas consultas formais regionais de 2015, 2016 e 2017, realizadas com o objetivo de acelerar a revisão e a finalização tanto do anteprojeto do *Plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública* (anteprojeto do PEG) quanto da *Estrutura de monitoramento e avaliação do Regulamento Sanitário Internacional* (EMA-RSI), por meio dos Órgãos Diretivos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), são resumidas a seguir.

- In compliance with Article 54, “Reporting and review,” the vast majority of countries recommended that the IHR MEF should be presented as a stand-alone document, separate from the Draft GSP, for consideration and adoption by the Seventy-first World Health Assembly in May 2018, through the WHO Executive Board at its 142nd session, January 2018.
- The WHO Secretariat should take into account the following considerations as it works to shape future iterations of the Draft GSP in the context of the ongoing consultative process:
 - In its current form, the Draft GSP is more operational than strategic in nature. Therefore, it needs to be revised in order to acquire the desired strategic breadth, especially with respect to strategic pillars 2 and 3.
 - *Strategic pillar 1 - Building and maintaining State Parties Core Capacities:* This pillar should *i)* present a conceptual framework that bridges core capacities detailed in Annex 1 of the IHR and essential public health functions, and *ii)* reflect the wide variation across States Parties with respect to both the maturity of their health systems and the status of their application and implementation of the IHR,

in order to explicitly overcome the one-size-fits-all concept of a “dedicated national IHR plan.”

- *Strategic pillar 2 - Event management and compliance* and *Strategic pillar 3 - Measuring progress and accountability*: These pillars need to be reshaped because *i)* the responsibility to demonstrate accountability falls exclusively upon States Parties; *ii)* the IHR MEF Framework only covers a subset of provisions related to core capacities; and *iii)* the proposed monitoring of compliance with IHR provisions is restricted to States Parties’ obligations under Article 43.
- The development of a stand-alone five-year regional operational plan, separate from the PAHO Biennial Work Plans (2018-2019 and beyond), is not considered necessary. Additionally, the Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030 (12) comprehensively encompasses IHR-related issues.
- To bring closure to years of debates within the PAHO and WHO Governing Bodies, the IHR MEF should be revised as part of the ongoing consultative process. The proposal developed during the 2017 Consultation seeks to find an acceptable common ground that can bridge increasingly polarized positions among States Parties. Therefore, taking into account comments expressed during the 2015 and 2016 Consultations, the IHR MEF, for each of its four components, should present *i)* the public health rationale and objectives; *ii)* roles and responsibilities of States Parties and the WHO Secretariat; *iii)* the extent to which the component complements the other components, with related considerations of cost-effectiveness; *iv)* explicit references to the tool or tools supporting the roll-out of the component, and the process underlying the tools’ development adopted by the WHO Secretariat; *v)* the frequency of the component’s implementation; *vi)* a description of the type of information that will be presented to the World Health Assembly resulting from the application of the component; *vii)* how the information produced by the application of the component will be used by the WHO Secretariat to inform its country cooperation activities.
- The outline of the process for conducting voluntary joint external evaluations in the Americas proposed by PASB was generally accepted.
- Extensive comments and suggestions provided by States Parties in the Region during the 2015 and 2016 Consultations, related to both the Draft GSP and the IHR MEF, are still valid and should be considered by the WHO Secretariat as part of the ongoing consultative process.
- For the ongoing consultative process, the WHO Secretariat should adopt a more transparent approach than was used in 2015 and 2016 for consolidating the inputs received from States Parties.

Introdução

1. A Consulta formal regional sobre o Regulamento Sanitário Internacional (daqui em diante referido como “reunião” ou “Consulta”) foi realizada em São Paulo, Brasil, de 17 a 19 de julho de 2017. O Regulamento Sanitário Internacional é daqui em diante referido como “RSI” ou “Regulamento”.

Objetivos

2. Em cumprimento à decisão WHA70(11)¹, na qual os Estados Membros da OMS solicitaram à Diretora-geral “que elaborasse, por meio de consulta plena com os Estados Membros, em particular com os comitês regionais, um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, fundamentado nos princípios norteadores expostos no Anexo 2 do documento A70/16, a ser apresentado para análise e adoção pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, na 142ª sessão do Conselho Executivo”, os objetivos da Consulta foram:

- a) contribuir com o processo consultivo global para a elaboração do anteprojeto final do documento preparado pelo Secretariado da OMS, *Plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública – Consulta aos Estados Membros* (daqui em diante referido como “anteprojeto do PEG”, Anexo A);
- b) propor um rumo a seguir com relação à Estrutura de monitoramento e avaliação do RSI (daqui em diante referido como “EMA-RSI” ou “Estrutura”);
- c) colaborar na elaboração do Plano operacional regional quinquenal para as Américas;
- d) prestar informações aos debates e às deliberações da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana/69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017.

Participantes

3. Solicitou-se a cada um dos 35 Estados Partes da Região que indicasse dois delegados com os perfis a seguir para participarem da reunião:

- a) um representante do governo responsável pela coordenação das atividades intrasetoriais e intersetoriais de aplicação e implantação do RSI e com conhecimento e entendimento aprofundados das disposições do RSI e respectivos documentos dos Órgãos Diretivos da OPAS e OMS;
- b) um representante do governo com poder de decisão com relação à aplicação, implantação e cumprimento do RSI e que esteja informado sobre os processos e procedimentos dos Órgãos Diretivos da OPAS e OMS.

4. Trinta (30) Estados Partes estiveram representados na reunião (Anexo C). Barbados, Cuba, São Cristóvão e Névis, São Vicente e Granadinas e Venezuela não puderam comparecer. Além disso, profissionais da Região, inclusive integrantes do cadastro de peritos do RSI, foram chamados pela RSPA para atuarem como facilitadores nas sessões do grupo de

¹ Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 70ª Assembleia Mundial da Saúde; 22–31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (decisão WHA70[11]) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70\(11\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-sp.pdf).

trabalho junto com o pessoal da OPAS de quatro divisões. A reunião também contou com a participação do pessoal das Representações nos Países da OPAS/OMS e da sede da OMS.

Métodos de trabalho

5. Destacou-se aos participantes da reunião de que a Consulta fazia parte de um processo consultivo formal global, incumbido por e concernido aos Órgãos Diretivos da OPAS e OMS. A fim de consolidar e formalizar a posição dos países sobre os assuntos debatidos, era fundamental que os comentários tecidos sobre a reunião fossem repassados às respectivas delegações como encargo de comparecer à 29^a Conferência Sanitária Pan-Americana/69^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

6. A metodologia de trabalho adotada para a reunião consistiu basicamente de debates facilitados nos grupos de trabalho, orientados por séries de perguntas (25 perguntas ao todo, Anexo E), com observações feitas durante as sessões plenárias. Foi prestado serviço de interpretação simultânea nos quatro idiomas oficiais da OPAS nas sessões plenárias e em algumas sessões dos grupos de trabalho. A Agenda da reunião está exposta no Anexo D.

7. A Consulta fez parte da terceira rodada de consultas formais globais com os Estados Membros da OMS, por meio dos respectivos Comitês Regionais da OMS, que estão sendo realizadas desde 2015, motivadas sobretudo pela necessidade de deliberar de forma colegiada sobre questões relacionadas com o monitoramento e avaliação do RSI.

- a) A Consulta formal de 2015 (daqui em diante referido como “Consulta de 2015”) foi realizada em conformidade com a resolução WHA68.5² e teve como tema central a *Nota conceitual – Desenvolvimento, monitoramento e avaliação da capacidade básica funcional exigida nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005)*³, sendo organizada a primeira versão da EMA-RSI. O trabalho ao nível regional, em preparação à 54^a Sessão do Conselho Diretor/67^a Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015, foi conduzido por via eletrônica;
- b) A Consulta formal de 2016 (daqui em diante referido como “Consulta de 2016”) foi realizada em conformidade com a decisão WHA69(14)⁴ e teve como tema central o *Anteprojeto da OMS do plano global de implementação das recomendações do Comitê de análise do papel do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no surto e resposta ao Ebola* que, ao abordar extensivamente os aspectos de monitoramento e avaliação do Regulamento, foi correlacionado estreitamente à versão revista da EMA-RSI apresentada à 69^a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2016, no anexo ao documento A69/20⁵. Desviando-se do guia preparado na primeira versão, a 69^a

² Organização Mundial da Saúde. Informe del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI [Internet]. 68^a Assembleia Mundial da Saúde; 18–26 de maio de 2015; Genebra. Genebra: OMS; 2015 (resolução WHA68.5) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-sp.pdf?ua=1

³ Organização Mundial da Saúde. Nota conceptual. Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). OMS; 2015 (?), [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407es.pdf?ua=1

⁴ Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) [Internet]. 69^a Assembleia Mundial da Saúde; 23–28 de maio de 2016; Genebra. Genebra: OMS; 2016 (decisão WHA69[14]) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-sp.pdf

⁵ Organização Mundial da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005): Relatório anual sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) [Internet]. 69^a Assembleia Mundial da Saúde; 23–28 de maio de

Assembleia Mundial da Saúde apenas “tomou nota” da EMA-RSI, visto que não havia sido solicitada nenhuma ação. O trabalho ao nível regional, em preparação à 55ª Sessão do Conselho Diretor/68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2016, compreendeu o evento presencial de Consulta formal regional sobre o *Anteprojeto da OMS de plano global de implementação das recomendações do Comitê de análise do papel do Regulamento Sanitário Internacional (2005) no surto e resposta ao Ebola*, realizado em Miami, Flórida, EUA, de 1 a 3 de agosto de 2016⁶. As conclusões desta reunião foram bem recebidas pela 55ª Sessão do Conselho Diretor/68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas e incluídas na decisão CD55(D5)⁷;

- c) A Consulta formal de 2017, realizada em conformidade com a decisão WHA70(11), teve como tema central o anteprojeto do PEG, agora essencialmente associado à EMA-RSI. Observou-se que, de acordo com documento EB140/14⁸, apresentado ao 140º Conselho Executivo da OMS em janeiro de 2017, a EMA-RSI deveria ter sido apresentada para análise e adoção pela 70ª Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. A versão do anteprojeto do PEG analisada na reunião foi a de 3 de julho de 2017 (Anexo A, *Plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública – Consulta aos Estados Membros*). A versão final deste documento, datada de 1º de agosto de 2017 a ser apresentada aos Comitês Regionais da OMS em 2017, pode ser consultada no Anexo B, *Elaboração de um anteprojeto do Plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública – Consulta aos Estados Membros*. Informou-se aos participantes da reunião sobre alterações importantes a serem feitas no documento e assim as partes relacionadas não foram tratadas nesta ocasião. A EMA-RSI exposta no documento A69/20 foi debatida na reunião.

Estrutura do relatório

8. O relatório está organizado segundo as anotações feitas pelo próprio pessoal da RSPA nas sessões plenárias e sessões do grupo de trabalho.
9. Está dividido nas partes a seguir e retrata de forma completa os temas abordados nas sessões do grupo de trabalho:
- a) Alcance do anteprojeto do Plano estratégico global quinquenal;
- b) Pilar estratégico 1 do anteprojeto do PEG – Estruturar e sustentar a capacidade básica dos Estados Partes;

2016; Genebra. Genebra: OMS; 2016 (documento A69/20) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-en.pdf.

⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26-30 de setembro de 2016; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (documento CD55/12, Rev. 1) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36185&Itemid=270&lang=pt.

⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) [Internet]. 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26-30 de setembro de 2016; Washington, D.C.. Washington, D.C.: OPAS; 2016 (decisão CD55[D5]) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=37218&Itemid=270&lang=es.

⁸ Organização Mundial da Saúde. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Proyecto de plan mundial de aplicación [Internet]. 140ª sessão do Conselho Executivo; 23 de janeiro–1º de fevereiro de 2017; Genebra (Suíça). Genebra: OMS; 2017 (documento EB140/14) [consultado em 22 de agosto de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_14-sp.pdf.

- c) Pilar estratégico 2 do anteprojeto do PEG – Gerenciamento de eventos e cumprimento;
- d) Pilar estratégico 3 do anteprojeto do PEG – Mensuração do progresso e responsabilidade, com ênfase na EMA-RSI e
- e) Conclusões.

10. Mirando os objetivos da reunião, os seguintes pontos são contemplados em cada sessão, conforme o caso:

- a) coerência com a posição dos Estados Partes, e reiteração desta posição, expressa nas Consultas de 2015 e 2016 e
- b) considerações sobre o que foi acordado, por maioria ou consenso, que requerem que sejam propostas medidas pelos Órgãos Diretivos da OPAS e/ou OMS ou tomadas ações pelos Estados Partes, Secretariado da OMS ou RSPA.

Alcance do anteprojeto do Plano estratégico global quinquenal

11. Os participantes concordaram por unanimidade e insistiram que as observações e as sugestões feitas nas Consultas de 2015 e 2016, inclusive as relacionadas à EMA-RSI, seguem válidas e que as recomendações resultantes devem ser implantadas pelo Secretariado da OMS.

12. Como externado por ocasião da Consulta de 2016, a grande maioria dos participantes declarou que, em cumprimento ao Artigo 54 do RSI, a EMA-RSI deve ser apresentada como documento independente para análise e adoção pela Assembleia Mundial da Saúde. Assim sendo, dois documentos separados – o anteprojeto do PEG e a EMA-RSI – devem ser apresentados para análise e adoção pela 71^a Assembleia Mundial da Saúde, maio de 2018, na 142^a sessão do Conselho Executivo da OMS, janeiro de 2018.

13. Embora tenha sido reiterado que o andamento separado dos dois documentos supracitados perante os Órgãos Diretivos da OMS representa a forma de proceder de maior transparência por motivos legais e práticos, inclusive porque o anteprojeto do PEG é por definição de tempo limitado e seu alcance é concernente ao Secretariado da OMS, ao passo que a EMA-RSI, no formato atual, é concernente aos Estados Partes, uma possível relação, de qualquer natureza, entre os dois documentos deve ser explicitada no anteprojeto do PEG. Diante desta consideração, talvez também seja necessário revisar o princípio norteador *Vinculação do plano estratégico global quinquenal aos requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (2005)*.

14. No que se refere à possível introdução no anteprojeto do PEG de requisitos de apresentação de informes ao nível internacional pelos Estados Partes, os participantes reiteraram a posição expressa por ocasião da Consulta de 2016 de que “os requisitos de que os Estados Partes informem a situação de implantação e aplicação do RSI somente estarão vinculados à execução da futura Estrutura de monitoramento e avaliação do RSI”. Tal posição se justifica pelo fato de que as disposições do RSI são mais abrangentes que o alcance do anteprojeto do PEG e que este e a EMA-RSI concernem a entidades distintas, ou seja, o Secretariado da OMS e os Estados Partes, respectivamente.

15. Acolhendo o fato de que o anteprojeto do PEG está sendo preparado de forma participativa como solicitado pelos Estados Partes nas Américas por ocasião da Consulta de 2016, os participantes reiteraram que as observações feitas anteriormente para embasar a

elaboração deste anteprojeto não foram levadas em consideração pelo Secretariado da OMS e que elas seguem válidas. As observações a seguir foram feitas para ajudar na elaboração das próximas versões do documento como parte do processo consultivo em andamento.

- a) Apesar do título, o anteprojeto do PEG não tem uma perspectiva ampla, sendo mais de caráter operacional que estratégico. De fato, ele se espelha nas ações e nos resultados do Programa de Emergências de Saúde da OMS ao nível global, exposto no documento A70/7 (*Projeto de Orçamento para programas 2018-2019*⁹), e adotado pela 70ª Assembleia Mundial da Saúde, maio de 2017, na resolução WHA70.5¹⁰. Além disso, o conteúdo do anteprojeto reitera principalmente o compromisso do Secretariado da OMS de aplicar e cumprir as disposições do RSI. Portanto, em conformidade com a decisão WHA70(14), para estar alinhado ao título e princípios norteadores, o anteprojeto do PEG deve ser reformulado para transmitir uma visão global ambiciosa, porém realista, a longo prazo, abrangendo o desenvolvimento e a economia, com o reconhecimento expresso da natureza heterogênea dos contextos nacionais e regionais e fundamentada nos dados existentes sobre as prioridades dos países e das regiões, sem procurar ser um agregado de planos nacionais ou regionais;
- b) o título do pilar estratégico 2, Gerenciamento de eventos e cumprimento, e do pilar estratégico 3, Mensuração do progresso e responsabilidade, não refletem plenamente os respectivos conteúdos, dando uma impressão errônea do ponto de vista semântico e técnico. Não está clara no texto a especificidade dos termos responsabilidade, monitoramento e avaliação da aplicação e implantação do RSI e monitoramento do cumprimento do RSI. O texto também evoca um enfoque histórico conceitualmente compartimentalizado ao RSI. Em realidade, demonstrar responsabilidade é uma atribuição exclusiva dos Estados Partes; somente uma subparte das disposições relativas à capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI é abrangida pela EMA-RSI; e o esperado monitoramento do cumprimento das disposições do RSI está restrito às obrigações dos Estados Partes em conformidade com o Artigo 43 do RSI (ver também o parágrafo 59. a) e d) e o parágrafo 67. b));
- c) o anteprojeto do PEG deve expor os critérios a serem usados para estabelecer prioridades, marcos, cronogramas e orçamento e descrever os mecanismos de monitoramento e avaliação que se aplicariam ao Secretariado da OMS ao nível global;
- d) o anteprojeto do PEG deve apresentar os mecanismos pelos quais ele se articula à Estrutura de resultados e requisitos orçamentários 2016–2017 do Programa de emergências em saúde da OMS¹¹; ao orçamento para programas 2018–2019 adotado e aos ciclos de planejamento da OMS em geral; aos planos globais resultantes (por exemplo, plano para combater a resistência aos antimicrobianos); e, considerando o princípio norteador *Alianças amplas*, a outras agendas e organizações internacionais relevantes (por exemplo, Agência Internacional de Energia Atômica [AIEA], Organização Mundial de Saúde Animal [OIE]) para definir a coordenação intersetorial no molde de exemplos concretos (ver também o parágrafo 41. h)) e

⁹ Organização Mundial da Saúde. Proyecto de presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70ª Assembleia Mundial da Saúde; 22–31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (documento WHA70/7) [consultado em 22 de agosto de 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-sp.pdf.

¹⁰ Organização Mundial da Saúde. Presupuesto por programas 2018-2019 [Internet]. 70ª Assembleia Mundial da Saúde; 22–31 de maio de 2017; Genebra. Genebra: OMS; 2017 (resolução WHA70.5) [consultado em 22 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R5-sp.pdf.

¹¹ Organização Mundial da Saúde. WHO Health Emergencies Programme Results Framework and Budget Requirements 2016–2017. OMS; 2016, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em inglês em: http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1.

- e) o anteprojeto do PEG, concernente ao Secretariado da OMS, por seu caráter estratégico, não deve procurar representar um agregado de planos regionais, sub-regionais e nacionais.

16. No que se refere ao princípio norteador *Ênfase aos contextos frágeis*, apesar de ter sido reiterado que o Secretariado da OMS deve atender às necessidades dos Estados Partes segundo as prioridades por eles estabelecidas, o anteprojeto do PEG não permite inferir qual seria a diferença entre o enfoque estratégico global prospectivo do Secretariado da OMS à capacitação em contextos frágeis em comparação a outros contextos.

17. Embora os participantes tenham assentido que priorizar os países para obter apoio do Secretariado da OMS condiz com um dos princípios básicos do RSI (“a comunidade global de saúde pública é tão forte quanto seu elo mais fraco”) como apontado pelos Estados Partes por ocasião da Consulta de 2016, houve concordância geral de que ainda faltam ao anteprojeto do PEG:

- a) uma definição de contexto frágil;
- b) uma descrição do enfoque metodológico para caracterizar os contextos frágeis. Os participantes sugeriram que a caracterização de fragilidade deva ser feita de acordo com critérios multidimensionais (como aspectos políticos, sociais, econômicos, ambientais, pontos de entrada e existência de conflitos);
- c) uma descrição do processo para vincular a determinação dos contextos frágeis à identificação dos países prioritários. Os participantes fizeram várias sugestões: as autoridades nacionais poderiam realizar uma análise SWOT (pontos fortes-pontos fracos-oportunidades-ameaças) e informar os resultados ao Secretariado da OMS ou poderiam ser usadas as informações disponibilizadas ao Secretariado da OMS com as avaliações do RSI, avaliações dos sistemas de saúde e atividades relativas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e
- d) o período de tempo que um país seria considerado prioritário e o planejamento para avaliação/reavaliação do contexto dos países. Os participantes chamaram atenção para o fato de que as nações fora da lista global de países prioritários poderiam mudar o destino dos recursos e o foco para outras áreas que não as áreas de trabalho relevantes para assegurar o cumprimento das disposições do RSI.

18. Os participantes ressaltaram que as autoridades nacionais nas Américas em geral conhecem as deficiências e as necessidades dos próprios países e estão cientes de que somente a institucionalização da capacidade básica nacional pode assegurar a sustentabilidade. Considera-se isso suficiente para constituir a base para iniciativas bilaterais e/ou multilaterais de cooperação técnica. Ademais, identificaram-se os pontos fracos em comum em toda a Região, sendo necessário investir no reforço da capacidade para estar de prontidão e responder a situações de risco em saúde pública relacionadas a riscos radioativos ou químicos e no fortalecimento dos recursos humanos.

19. Para atingir o equilíbrio e a equidade na distribuição dos recursos entre os países nas Américas, sugeriu-se reforçar os mecanismos regionais e sub-regionais.

20. A maioria dos participantes não julgou ser necessário elaborar um Plano operacional regional quinquenal independente, separado dos Planos de Trabalho Bienais da OPAS (BWP, 2018–2019 e posteriores) e opinaram que os mecanismos atuais de planejamento e provisão

de cooperação técnica da OPAS são adequados para cobrir e se ajustar às necessidades dos países.

21. Observou-se que o BWP da OPAS 2018-2019¹² será apresentado para análise e adoção pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana/69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para a Região das Américas e que ele contempla os elementos necessários para sustentar a aplicação, implantação e cumprimento do RSI, inclusive os elementos relativos ao monitoramento e avaliação.

22. De modo semelhante, destacou-se que os Estados Membros da OPAS e a RSPA estavam envolvidos no processo estratégico e político para elaborar a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018–2030*¹³. Este documento, a ser apresentado para análise e adoção pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana/69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para a Região das Américas, engloba plenamente a aplicação, implantação e cumprimento do RSI na seção “Meta 8: Reforçar a capacidade ao nível nacional e regional para estar de prontidão, prevenir, detectar, avaliar e responder a surtos de doenças, emergências e desastres”.

23. Assinalou-se, porém, que as Estratégias de Cooperação nos Países (ECP)^{14,15}, que devem constituir a base para elaborar os BWP da OPAS, costumam ser negociadas exclusivamente por autoridades nacionais no escalão político e intermediário, sem subsídios técnicos. Portanto, recomendou-se que as ECP devem, via de regra, remeter ao Regulamento para que as respectivas prioridades estejam devidamente representadas.

24. Nesta mesma linha, como manifestado por ocasião da Consulta de 2016, ressaltou-se que o volume de informações relativas aos países disponíveis ao Secretariado da OMS e à RSPA pode ser mais bem aproveitado para fundamentar as atividades de cooperação técnica nos países.

Pilar estratégico 1 – Estruturar e sustentar a capacidade básica dos Estados Partes

25. No que se refere ao princípio norteador *Integração com o sistema de saúde*, como expresso por ocasião da Consulta de 2016, os participantes reiteraram que o anteprojeto do PEG deve:

- a) ter um arcabouço conceitual enquadrando a capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI como funções essenciais da saúde pública (FESP) e
- b) explicitar as estratégias contempladas para promover e impulsionar a transição da capacidade básica às FESP, cuidando para preservar a conscientização política

¹² Organização Pan-Americana da Saúde. Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019. Documento oficial a ser apresentado à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (documento CSP29/OD354) [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41773&Itemid=270&lang=pt.

¹³ Organização Pan-Americana da Saúde. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030. Documento de trabalho a ser apresentado à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (documento CSP29/6) [consultado em 25 de setembro de 2017]. Disponível em espanhol em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42117&Itemid=270&lang=pt

¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. La Estrategia de Cooperación con el País. OPAS, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2126&Itemid=1849.

¹⁵ Organização Mundial da Saúde. Estrategias de cooperación en los países. OMS, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://who.int/country-cooperation/what-who-does/strategies-and-briefs/es/>.

adequada quanto aos direitos e obrigações dos Estados Partes perante a comunidade internacional exigida nos termos do RSI.

26. De modo semelhante, como externado por ocasião da Consulta de 2016, os participantes insistiram que o anteprojeto do PEG deve refletir a ampla diversidade entre os Estados Partes quanto à maturidade dos próprios sistemas de saúde e à situação de aplicação e implantação do RSI. Isso contribuiria para que cada Estado Parte adotasse o modelo mais apropriado para sustentar a capacidade básica no contexto do próprio sistema de saúde, fortalecendo assim os enfoques nacionais de planejamento, sem se limitar a ser um “plano nacional exclusivo do RSI”.

27. Os participantes enfatizaram que as dimensões de liderança e governança da estratégia visando o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde são fundamentais para estabelecer e sustentar a capacidade básica operacional. A firme liderança e governança não implicam apenas na existência de uma organização jurídica legal e de planejamento e financiamento eficientes das FESP, mas também em infraestrutura para criar oportunidades para melhorar e/ou manter um elevado grau de conscientização sobre o RSI ao nível político. Desse modo, no contexto do processo de fortalecimento dos sistemas de saúde, devem ser priorizadas as atividades que visam consolidar a liderança e a governança.

28. Reconheceu-se que a competência dos Estados Partes de sustentar a capacidade básica está subordinada a:

- a) o entendimento pelas autoridades nacionais de que o RSI não constitui uma nova disciplina técnica, mas uma ferramenta para dar apoio ao reforço contínuo das FESP, em grande parte já existente e em funcionamento, em graus distintos, dentro do sistema de saúde. Por extensão, isso possibilita aos Estados Partes aplicar e cumprir o Regulamento e contribuir para a saúde pública global;
- b) o planejamento nacional eficiente em que, de forma ideal, os recursos para o planejamento são identificados com antecedência, existem mecanismos para articular os planos entre os diversos setores e mecanismos de monitoramento e avaliação;
- c) mecanismos de alocação de recursos eficazes nacionais. Reconheceu-se que os recursos financeiros nacionais são atualmente escassos e que a alocação dos fundos para responder às emergências em saúde, emergências de qualquer natureza ou novas prioridades políticas está desviando os fundos programáticos alocados, em geral, à saúde pública;

Com respeito aos itens *a)*, *b)*, e *c)*, as seguintes sugestões foram feitas como alternativas para garantir a sustentabilidade da capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI:

- i. o uso de técnicas de marketing social para defender a causa aos responsáveis pela tomada de decisão e políticos devem ser exploradas visando:
 - enfatizar os aspectos preventivos resultantes da aplicação e cumprimento do RSI, o que reduziria ao mínimo as consequências econômicas adversas das situações de risco em saúde pública ao turismo e comércio internacionais; adquirir capacidade para demonstrar os custos das respostas a situações de risco em saúde pública; realizar análises de custo-efetividade para elaborar estudos de casos sobre o manejo de situações de risco em saúde pública a

serem apresentados aos responsáveis pela tomada de decisão a fim de melhorar a alocação e o gerenciamento dos recursos financeiros antes da ocorrência destas situações; comunicar aos responsáveis pela tomada de decisão de que a não ocorrência de situações de risco em saúde pública é um êxito resultante de investimentos de capital e da alocação sustentada de recursos financeiros para finalidades programáticas e que, portanto, a diminuição ou a cessação do financiamento não se justificaria e

- demonstrar as semelhanças e as sinergias existentes entre os compromissos internacionais firmados pelos países (RSI, ODS, Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres); apontar o grau em que eles estão sendo cumpridos com ações e intervenções nacionais existentes, sem precisar criar novas estruturas institucionais; e insistir na necessidade de assegurar a disponibilização dos recursos e, possivelmente, aumentar o aporte de fundos a fim de possibilitar o cumprimento dos compromissos e obrigações internacionais.
- ii. a representação precisa da capacidade básica no processo orçamentário programático asseguraria não somente a destinação, mas também a reserva de um volume suficiente de fundos. Neste sentido, o pessoal dos departamentos de planejamento dos ministérios da Saúde e de outros departamentos com responsabilidades relacionadas à aplicação e cumprimento das disposições do RSI deve participar do processo de planejamento.
- iii. os processos de planejamento não programático e elaboração orçamentária, como outros processos relacionados à gestão de risco e ao sistema nacional de emergência, poderiam ser mais bem usados para finalidades programáticas.
- iv. esforços ao nível nacional são necessários para identificar fontes de recursos financeiros no país fora do setor da saúde e do setor público e
- v. mecanismos de responsabilidade e transparência devem ser estabelecidos para que, apesar da rotatividade do governo e das autoridades, a perspectiva de continuidade na alocação dos recursos financeiros possa ser melhorada ao se demonstrar correlação entre as promessas e os resultados obtidos.
- d) um quadro jurídico nacional compatível com as disposições do RSI abarcando instituições em todos os setores com responsabilidades em relação à aplicação e cumprimento do Regulamento. Apesar de transcorridos 10 anos desde que o RSI entrou em vigor, os Estados Partes ainda se defrontam com desafios consideráveis para harmonizar o próprio quadro jurídico nacional e acredita-se que seja um entrave considerável à sustentabilidade da capacidade básica;
- e) o envolvimento das autoridades locais em todos os níveis administrativos e setores. A sustentabilidade da capacidade básica ao nível local está profundamente intrincada à disponibilidade de profissionais da saúde em número suficiente e com aptidão adequada. O sistema federativo de alguns Estados Partes nas Américas é um fator que possivelmente representa um entrave à sustentabilidade da capacidade básica e
- f) mecanismos para fomentar e manter interações intersetoriais (ver também o parágrafo 33).

29. A apresentação do arcabouço conceitual vinculando a capacidade básica às FESP no anteprojeto do PEG possibilitaria ao setor da saúde:

- a) modernizar e melhorar a eficiência e a coerência dos processos de planejamento interno e de alocação de recursos;
- b) operacionalizar a capacidade básica, principalmente ao nível subnacional, inclusive nos estados federativos e
- c) atrair a participação de outros setores, ampliando a apropriação nacional e promovendo o conceito de que o RSI não constitui uma disciplina ou um propósito por si mesmo.

30. Com relação aos princípios norteadores *Apropriação nacional e Integração com o sistemas de saúde*, destacando-se os benefícios esperados que o claro enquadramento da capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI como FESP teria em termos de melhorar a capacidade dos Estados Partes de aplicar e cumprir com as disposições do RSI, os participantes reforçaram o compromisso com o RSI indicando que se trata de um assunto de Estado e que a razão de ser fundamental do Regulamento é estar assentado em sólidas instituições nacionais para garantir sustentabilidade.

31. Os participantes manifestaram preocupação quanto à possibilidade de o Secretariado da OMS e/ou a RSPA introduzirem a aplicação de diferentes métodos de mensuração para avaliar a situação da capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI e FESP e pediram ao Secretariado da OMS e à RSPA para dar primazia a este aspecto. A RSPA ressaltou que está trabalhando para fazer a transição dos métodos quantitativos aplicados às FESP a um enfoque qualitativo a fim de estimular os sistemas de saúde a evoluírem ao acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde.

32. Com respeito ao princípio norteador *Enfoque intersectorial*, destacaram-se os seguintes desafios relacionados à identificação e à ativação de mecanismos intersectoriais:

- a) percepção desigual da apropriação nacional quanto ao RSI nos diversos setores;
- b) conhecimento e reconhecimento limitados dos benefícios mútuos do planejamento e intervenções intersectoriais conjuntas;
- c) oportunidades restritas para identificar as áreas de interesse comum nos diversos setores que poderiam levar a distinguir sinergias;
- d) ausência de mecanismos integrados de planejamento e elaboração orçamentária para o uso sinérgico dos recursos, assim como ausência de mecanismos para captação conjunta de recursos;
- e) carência de orçamento para que todos os setores possam cumprir com as responsabilidades relativas à aplicação e implantação das disposições do RSI da própria competência e
- f) existência de prioridades concorrentes nos diversos setores diante da falta de recursos humanos e financeiros.

33. Para superar os desafios relacionados aos aspectos programáticos e de gerenciamento de emergências das interações intersectoriais, sugeriu-se:

- a) realizar atividades de sensibilização ativa e organizada ao nível político e entre os responsáveis pela tomada de decisão nos diversos setores antes da ocorrência de crises

(por exemplo, conduzir reuniões periódicas com o escalão político nos diversos setores);

- b) identificar de maneira ampla e abrangente as instituições governamentais com responsabilidades diretas ou indiretas relacionadas ao estabelecimento e manutenção da capacidade básica, inclusive com a caracterização dos próprios recursos financeiros e não financeiros;
- c) envolver outros setores fora do setor da saúde na elaboração dos principais documentos programáticos e estratégicos do ministério da Saúde e em atividades de planejamento periódico e elaboração orçamentária para o uso sinérgico dos recursos e, possivelmente, para a captação de mais recursos;
- d) informar de modo eficiente os diversos setores sobre as atividades e realizações em saúde pública visando manter a conscientização elevada e angariar apoio aos esforços de captação de recursos. Em particular, são necessários esforços para defender a ideia aos ministérios da Fazenda do valor agregado financeiro da saúde pública e à indústria do turismo das possíveis consequências econômicas de não aplicar, implantar e cumprir o RSI;
- e) por terem uma perspectiva privilegiada em saúde internacional e manterem relações com organizações internacionais, os ministérios das Relações Exteriores poderiam fazer a intermediação eficiente de mecanismos intersetoriais nacionais relacionados à aplicação, implantação e cumprimento do Regulamento, atuando inclusive no planejamento intersetorial conjunto ao nível nacional;
- f) formar um corpo institucional intersetorial, ou incentivar a atuação se ele já existir, com a incumbência de, entre outros, supervisionar a situação da capacidade básica, incluindo a implementação dos planos institucionais pertinentes nos diversos setores, com o uso dos indicadores gerados pelos respectivos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação e com o poder de adotar medidas corretivas;
- g) empreender anualmente de forma colegiada um exercício intersetorial para cumprir com as disposições do RSI relacionadas ao informe ao nível internacional da situação de implantação do Regulamento, com a preparação do informe anual dos Estados Partes a ser apresentado à Assembleia Mundial da Saúde ou com a participação em outros exercícios voluntários descritos na EMA-RSI como análises pós-ação, exercícios de simulação e avaliações externas conjuntas. Estes exercícios também constituir uma oportunidade de se relacionar com o escalão político nos diversos setores e
- h) reforçar os mecanismos de comunicação de riscos em toda a Região para possibilitar ativar os mecanismos intersetoriais.

34. Apesar de ser ressaltado que, em alguns Estados Partes na Região, o assessoramento técnico e financeiro e o apoio da RSPA são cruciais para o estabelecimento e a manutenção da capacidade básica e que devem prosseguir, os participantes recomendaram que as atividades de cooperação técnica da RSPA devem:

- a) expandir-se às áreas técnicas tradicionalmente associadas à competência dos sistemas de saúde para facilitar a participação das autoridades nacionais responsáveis pelos serviços de saúde no processo de planejamento em saúde pública;
- b) concentrar-se na elaboração de planos estratégicos para assegurar a sustentabilidade de uma força de trabalho de saúde adequada;

- c) facilitar resolver divergências políticas entre os diversos setores, inclusive ao nível subnacional;
- d) enfocar a preparação de uma nota informativa expondo modelos e mecanismos para facilitar a colaboração intersetorial ao nível nacional, pois tal documento também serviria ao propósito de defesa da causa;
- e) partilhar com os Estados Partes informação mais detalhada obtida com a apresentação dos informes anuais do RSI dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde a fim de estimular o processo de planeamento intersetorial ao nível nacional e incentivar o intercâmbio de boas práticas entre os Estados Partes e iniciativas de cooperação bilaterais ou multinacionais (ver também os parágrafos 77; e 39. c. ii));
- f) promover o intercâmbio de informações e boas práticas entre os Estados Partes e facilitar a formação de redes entre os Estados Partes para capacitação e o acesso aos parceiros e
- g) defender a ideia dos benefícios conquistados com a colaboração intersetorial perante:
 - i. outras organizações internacionais, como a Organização Mundial do Comércio (OMC), cuidando para que tenham um claro entendimento dos objetivos e do alcance multissetorial do Regulamento e convidando-as a interagir com os respectivos pares ao nível nacional exigidos nos termos das disposições do RSI e
 - ii. mecanismos sub-regionais de integração económica, assegurando que o RSI seja um ponto permanente da agenda nestes fóruns no nível mais elevado.

Pilar estratégico 2 – Gerenciamento de eventos e cumprimento

Centro de coordenação nacional do RSI

35. Na reunião, a RSPA realçou reiteradamente que, ao nível nacional, os três componentes que servem de alicerce institucional para a aplicação, implantação e cumprimento do Regulamento são:

- a) apoio político sustentado;
- b) coordenação e supervisão por uma entidade institucional com autoridade convocatória intersetorial, acesso aos responsáveis pela tomada de decisão nos diferentes setores e conhecimento e entendimento aprofundados dos direitos e obrigações dos Estados Partes exigidos nos termos do RSI e outros acordos internacionais relacionados e
- c) arranjos operacionais, como centros de coordenação nacionais e gerenciamento de situações de risco em saúde pública.

53. As funções do centro de coordenação nacional de carácter exclusivamente de comunicação operacional recaem na última categoria e, portanto, a RSPA enfatizou que o exercício das funções do centro pela entidade institucional designada, a menos que se justifique com base em análises institucionais e operacionais completas, **não** compreende:

- a) criar uma entidade institucional ad hoc;
- b) coordenar e supervisionar a aplicação, implantação e cumprimento do RSI;
- c) exercer funções de vigilância em saúde pública;

- d) garantir a função de alertas precoces de saúde pública, mas ser o ponto de recepção dos avisos emitidos pelos diferentes sistemas de vigilância, inclusive os avisos de situações em saúde pública nos diversos setores;
- e) conduzir a avaliação de situações de risco em saúde pública;
- f) empregar o instrumento de decisão exposto no Anexo 2 do RSI para estar em conexão com a OMS, por meio dos pontos de contato para o RSI no Escritório Regional, para o gerenciamento de situações de risco em saúde pública;
- g) coordenar as operações de resposta e
- h) designar um espaço físico reservado para realizar suas funções.

36. Embora o Artigo 4 seja uma das únicas disposições do Regulamento a determinar claramente a atribuição das funções institucionais, os participantes reiteraram os desafios continuamente enfrentados pelos Estados Partes ao exercer as funções de centro de coordenação nacional.

37. Apesar de as funções de centro de coordenação nacional em 33 dos 35 Estados Partes nas Américas serem exercidas por uma entidade institucional diretamente responsável pelo controle epidemiológico das doenças transmissíveis ou estreitamente relacionada a ele, como destacado por ocasião da Consulta de 2016, reconheceu-se que a governança, o posicionamento institucional e a estrutura dos centros de coordenação nacionais, assim como a situação jurídica e as atribuições designadas e/ou realizadas por eles, variam enormemente entre os países, na Região e entre as regiões, podendo ser organizado como um único indivíduo com diversos encargos, inclusive o de assegurar o funcionamento ininterrupto do centro, ou como uma unidade institucional que dispõe de espaço físico e pessoal próprios. Também se constatou que, a fim de consolidar suas funções, o centro de coordenação nacional precisa adequar o próprio posicionamento, determinando se, e em que medida, deve ser priorizada a conectividade institucional ou a perícia técnica em vista do porte e da estrutura administrativa do país. Concordou-se também que, embora ocupar uma alta posição na hierarquia institucional possa facilitar o acesso do pessoal do centro de coordenação aos responsáveis pela tomada de decisão, por outro lado isso pode comprometer a continuidade do trabalho e a comunicação operacional ao sujeitar o centro às influências e mudanças políticas.

38. Nos 10 últimos anos, os centros de coordenação nacionais têm enfrentado os mesmos desafios em termos de governança, sendo possivelmente necessária uma análise minuciosa do posicionamento institucional e funcionamento destes centros na Região. Esses desafios foram mais bem elaborados durante a reunião e são descritos nos parágrafos que seguem:

- a) informou-se que as funções obrigatórias do centro de coordenação nacional descritas no Artigo 4 do RSI não são claramente entendidas em todos os Estados Partes, sobretudo ao nível institucional mais elevado. Embora nos Estados Partes pequenos as funções de coordenação e supervisão do centro de coordenação nacional e RSI sejam, via de regra, asseguradas pela mesma entidade institucional, ainda se faz necessário o esclarecimento das funções obrigatórias do centro pelo Secretariado da OMS e RSPA;
- b) o requisito de o centro de coordenação nacional ter respaldo político para posicionar-se estrategicamente ao nível institucional a fim de exercer influência intersetorial e, ao mesmo tempo, ter independência técnica para o intercâmbio de informação em cumprimento com os mecanismos de aprovação institucional, não coincide com o grau de conscientização, conhecimento e entendimento esperados nos níveis hierárquicos mais elevados, inclusive no escalão político;

- c) a inadequação persistente do quadro jurídico nacional com relação às funções de centro de coordenação nacional constitui um obstáculo a mais à prestação de serviços eficiente e eficaz;
- d) a falta de clareza quanto ao alcance das funções obrigatórias do centro de coordenação nacional dificulta a alocação orçamentária adequada. Assinalou-se que, do ponto de vista de prevenção, a existência de investimentos suficientes e a alocação de recursos sustentada para reforçar e sustentar a capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI provavelmente reduziriam o orçamento dedicado à execução das funções de centro de coordenação nacional;
- e) ainda não está claro ao nível nacional que as funções de centro de coordenação nacional que precisam ser ininterruptas não podem ser executadas por um único funcionário e devem ser delegadas a um grupo de funcionários com acesso aos meios de comunicação cabíveis. Neste sentido, sugeriu-se que a EMA-RSI permita identificar em quais Estados Partes as funções de centro são executadas por um único profissional;
- f) manter pessoal encarregado pelo funcionamento ininterrupto continua sendo problemático por várias razões, como a falta efetiva de recursos humanos, funcionários com múltiplas responsabilidades além de cobrir as funções de centro de coordenação nacional, ausência de arranjos legais e contratuais para a provisão de serviços ininterruptos e nível inadequado de capacitação dos funcionários que exercem as funções de centro de coordenação nacional devido à transição e renovação de pessoal;
- g) meios de comunicação adequados de funcionamento ininterrupto nem sempre estão disponíveis por falta de acesso a linhas telefônicas internacionais que, em alguns casos, precisam ser justificadas no orçamento anualmente e por falta de cobertura adequada de internet, sobretudo nos países de grande área territorial. Observou-se que, em alguns casos, as funções de centro de coordenação nacional chegam a se equiparar à existência de um centro de operações físico, que do ponto de vista logístico facilita a comunicação, mas que de maneira nenhuma deve substituir ou sobrepor as funções de um centro de operações de emergência;
- h) na Região, a conectividade intrasetorial e, mais evidentemente, a conectividade intersetorial do centro de coordenação nacional fica abaixo do padrão ideal, causando demora na comunicação devido a:
 - i. o conhecimento e conscientização insuficientes sobre as obrigações e potenciais implicações para o Estado Parte dos intercâmbios de informação com a comunidade internacional de saúde pública sobre situações de risco em saúde pública;
 - ii. a ausência de procedimentos internos de autorização para o relacionamento e/ou o intercâmbio de informação com a OMS, por meio dos pontos de contato para o RSI no Escritório Regional, e com outros Estados Partes, potencialmente interferindo com a comunicação do risco e da mídia quando ocorre uma situação de risco em saúde pública e
 - iii. a ausência ou inadequação dos procedimentos de intercâmbio de informação, em particular quanto a avisos de alerta precoce e interpretação consistente da informação, e a complexidade dos inúmeros estratos institucionais a serem conectados, sobretudo nos países federativos ou países com territórios ultramarinos.

- i) durante uma emergência interna ou emergências em saúde pública de importância internacional, a capacidade é inexistente ou insuficiente para expandir as funções de centro de coordenação nacional. Igualmente, os procedimentos são inexistentes ou inadequados para fazer a migração temporária dentro da instituição das funções de centro de coordenação nacional como parte de uma estrutura ativada de gerenciamento de emergência nacional e ao mesmo tempo continuar lidando com os assuntos não relacionados à emergência. Diante da falta de procedimentos, ficam dificultadas as interações entre o centro de coordenação nacional e as equipes de respostas (ver também o parágrafo 53);
- j) a rede de centros de coordenação nacionais não é bem aproveitada nem funciona com plena eficiência para a comunicação horizontal entre os Estados Partes e
- k) embora seja valorizado o apoio da RSPA para reforçar o papel do centro de coordenação nacional e elevar a conscientização sobre as suas funções, salientou-se que o assessoramento dado tem caráter prescritivo e nem sempre é condizente com a legislação e as regulamentações nacionais.

39. Além das observações e sugestões expressas na Consulta de 2016, os participantes reiteraram que o anteprojeto do PEG precisa:

- a) descrever as funções de centro de coordenação nacional, com os recursos mínimos legais, orçamentários e humanos, e os requisitos operacionais que favoreçam a sustentabilidade;
- b) delinear as estratégias que o Secretariado da OMS propõe adotar para melhorar a conscientização política ao nível nacional a fim de reforçar o posicionamento do centro de coordenação nacional no contexto dos arranjos intersetoriais para o gerenciamento de situações de risco em saúde pública;
- c) delinear as estratégias para melhorar os mecanismos para que os Estados Partes exerçam influência sobre seus pares, estimular maior confiança entre os Estados Partes, melhorar as implicações dos países e incentivar esforços bilaterais de capacitação entre os Estados Partes. Neste sentido, sugeriu-se:
 - i. dispor de mecanismos para reforçar a comunicação horizontal e o intercâmbio de informação entre os centros de coordenação nacionais e
 - ii. criar uma comunidade virtual de prática para os centros de coordenação nacionais (por exemplo, intercâmbio de boas práticas e ensinamentos em coordenação interna). Embora o ideal seja formar uma comunidade de prática global, os participantes recomendaram que este modelo seja inicialmente testado nas Américas (ver também os parágrafos 34. e) e f)).
- d) explicitamente incluir a atualização do documento da OMS *Guia dos centros de coordenação nacionais do RSI*¹⁶ e sua expansão englobando o funcionamento do centro em emergências;
- e) expor o processo de priorização e elaboração de documentos de orientação técnica que o Secretariado da OMS propõe organizar. Isso é necessário porque, por ocasião da Consulta de 2016, os Estados Partes nas Américas informaram que, dada a ampla variação na capacidade básica entre as Regiões da OMS, qualquer documento de

¹⁶ Organização Mundial da Saúde. Guía para el Centro Nacional de Enlace para el RSI. OMS; 2009 (?), [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://www.who.int/ihr/Spanish2.pdf>

orientação do Secretariado da OMS deve ser preparado ao nível regional para assegurar que o conteúdo seja apropriado ao contexto, evitando dificuldades nas Regiões da OMS e nos Estados Partes onde o centro de coordenação nacional tem competência bem estabelecida e suas funções são bem compreendidas e

- f) esboçar o enfoque estratégico para a capacitação necessária de diferentes públicos (por exemplo, funcionários nacionais que garantem o funcionamento ininterrupto das funções de centro de coordenação nacional, pessoal ao nível subnacional, pessoal do Secretariado da OMS nas Representação nos Países), e indicar especificamente o uso pretendido da *plataforma eletrônica OpenWHO de transferência de conhecimento para melhorar a resposta em emergências em saúde*¹⁷ e da *plataforma da OMS de capacitação em segurança sanitária no contexto do RSI*¹⁸.

40. Os participantes reconheceram que o apoio prestado pela RSPA ao longo dos anos para reforçar as funções dos centros de coordenação nacionais vai além do alcance atual do anteprojeto do PEG. A RSPA deve prosseguir com a cooperação técnica em andamento e sugeriram-se formas para ampliar estas atividades. Entre elas:

- a) manter elevada conscientização entre as autoridades nacionais no nível mais alto e nos diversos setores sobre as funções de centro de coordenação nacional e a necessidade de alocar recursos suficientes;
- b) dar apoio aos centros de coordenação nacionais para exercerem as suas funções obrigatórias, como segue:
- i. capacitar o pessoal encarregado de exercer as responsabilidades de centro de coordenação nacional, assim como os funcionários do governo que integram as vias de intercâmbio de informação relacionada ao centro. Além da sustentabilidade limitada das atividades de capacitação em epidemiologia ao nível subnacional em particular, assinalou-se que os cursos de formação profissional em epidemiologia nem sempre ensinavam as funções e o funcionamento do centro de coordenação nacional;
 - ii. revisar os procedimentos nacionais do centro de coordenação nacional. Apesar de ter sido enfatizada a diversidade dos contextos institucionais em que os centros de coordenação nacionais operam na Região, alguns participantes defenderam a padronização dos procedimentos operacionais do centro na Região e fora dela;
 - iii. dar apoio ao intercâmbio de experiências entre os pares com visitas técnicas e
 - iv. incentivar o intercâmbio de informação e de boas práticas, um a um, entre os pares dos centros de coordenação nacionais.
- c) organizar reuniões regionais anuais dos centros de coordenação nacionais para aumentar a confiança entre os pares e exercer influência sobre eles;
- d) recordando que, por ocasião da Consulta de 2016, os Estados Partes da Região sugeriram que os documentos de orientação do Secretariado da OMS devem ser preparados ao nível regional para que o conteúdo seja apropriado ao contexto e os documentos de orientação técnica e operacional da RSPA devem ser acurados, inclusive no que se refere a:

¹⁷ Organização Mundial da Saúde. OpenWHO web-based, knowledge-transfer platform for improving the response to health emergencies. OMS, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em inglês em: <https://openwho.org/courses>.

¹⁸ Organização Mundial da Saúde. WHO Health Security learning Platform in the context of the IHR. OMS, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em inglês em: <https://extranet.who.int/hslp/training/>.

- i. a função do centro de coordenação nacional no gerenciamento de situações de risco em saúde pública;
 - ii. o fluxo de informação entre o centro de coordenação nacional e os níveis subnacionais;
 - iii. o fluxo de informação entre todas as instituições nacionais possivelmente envolvidas no gerenciamento de situações de risco em saúde pública de importância internacional em potencial ou comprovada;
 - iv. o fluxo de informação entre o centro de coordenação nacional, as Representações nos Países da OPAS/OMS e o ponto de contato do RSI da OMS, hospedado pela RSPA, pois facilita a comunicação com a mídia;
 - v. o relacionamento institucional e operacional entre o centro de coordenação nacional e/ou centro de operações de emergência e;
 - vi. a divulgação de modelos implementados pelos Estados Partes considerados funcionais quanto ao posicionamento do centro de coordenação nacional no contexto dos arranjos intersetoriais para o gerenciamento de situações de risco em saúde pública.
- g) embora tenha sido apontado que o fluxo de informação entre os Estados Partes e o ponto de contato do RSI da OMS precisa ser melhorado, por ser desbravadora, a Região das Américas deve explorar meios de comunicação mais inovadores para uso em situações de risco em saúde pública, como o WhatsApp.

Gerenciamento de situações de risco em saúde pública

41. Não existe um enfoque estratégico relacionado ao gerenciamento de situações de risco em saúde pública exposto no anteprojeto do PEG. O documento apenas reitera o compromisso do Secretariado da OMS de aplicar e cumprir as disposições do RSI pertinentes e faz referência a uma ferramenta operacional, a plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) (inteligência epidêmica de fontes abertas). Desse modo, para que adquira o escopo estratégico pretendido, foram feitas observações e sugestões, inclusive como externado por ocasião da Consulta de 2016, que são expostas nos parágrafos a seguir. O anteprojeto do PEG deve:

- a) assegurar que o enfoque estratégico determine como o Secretariado da OMS propõe prestar cooperação técnica aos Estados Partes, não exclusivamente como fortalecer o próprio Secretariado da OMS;
- b) garantir que o enfoque estratégico relacionado ao gerenciamento de situações de risco em saúde pública seja apresentado com alocação sustentável de recursos para reforçar e sustentar a capacidade básica nacional, que deve ser uma prioridade estratégica do anteprojeto do PEG, como pré-condição ao gerenciamento de situações de risco em saúde pública;
- c) assegurar que o processo de avaliação de riscos relacionado a situações de risco em saúde pública seja uma responsabilidade partilhada entre os Estados Partes e o Secretariado da OMS;
- d) prover indicações sobre como o processo de avaliação de riscos, que é contínuo e reiterativo, será reforçado como resultado de um enfoque de baixo para cima e proporcionar as evidências para respaldá-lo;
- e) provisionar orientações estratégicas sobre como o Secretariado da OMS propõe melhorar a transparência em relação à elaboração de recomendações temporárias

- quando se determina uma emergência em saúde pública de importância internacional; quanto ao monitoramento da sua aplicação e implementação e sua interrupção;
- f) dar orientação sobre como se propõe melhorar a comunicação das situações de risco em saúde pública entre os três níveis de organização do Secretariado da OMS;
 - g) delinear estratégias para estimular constantemente a transparência política considerando que, devido à rápida transição dos panoramas políticos nacionais, os Estados Partes podem não estar propensos a divulgar informação e
 - h) como se destacou no parágrafo 15. d), dar orientação sobre como o Secretariado da OMS pretende definir a coordenação intersetorial com base em exemplos concretos.

42. Para respaldar a revisão do anteprojeto do PEG, fizeram-se outras observações gerais e específicas para as distintas e sucessivas fases do gerenciamento de situações de risco em saúde pública.

43. Reconhecendo que a finalidade e o alcance do enfoque do RSI estão centrados no gerenciamento de situações de risco em saúde pública com possíveis implicações internacionais, e que existem outros enquadramentos internacionais complementares vigentes para o gerenciamento de desastres, os participantes solicitaram a aplicação mais ampla e uniforme das disposições do RSI aos eventos, como no caso da atual crise de migração prolongada, que não tem caráter agudo no sensu stricto.

44. Apontou-se a coordenação intrasetorial e intersetorial entre as instituições nacionais envolvidas no gerenciamento de situações de risco em saúde pública como o principal obstáculo ao nível nacional em todo este processo. Os desafios e as sugestões para superá-lo são enumerados a seguir:

- a) existe conhecimento esparso ao nível nacional sobre as obrigações de informe de situações de risco em saúde pública ou riscos ao nível internacional que cabem às diversas instituições nacionais. O conhecimento sobre os canais de comunicação é igualmente limitado. Desse modo, sugeriu-se que:
 - i. o Secretariado da OMS deve preparar, manter em dia e publicar no website protegido de informação sobre situações de risco as listas de centros de coordenação nacionais (ou equivalentes) com obrigações de informe internacional perante outras organizações internacionais (por exemplo, AIEA, OIE e Rede Internacional de Autoridades em Inocuidade de Alimentos [INFOSAN]);
 - ii. o centro de coordenação nacional também deve preparar e manter em dia a lista de instituições nacionais com obrigações de informe internacional;
 - iii. todo informe ao nível internacional feito por uma instituição nacional em cumprimento de suas obrigações de informe internacional deve ser ordenadamente partilhado entre os pontos focais (ou equivalentes) ao nível nacional e
 - iv. o pessoal relevante, que atua nos diversos setores ao nível nacional, deve participar de curso de capacitação conjunta.
- b) as autoridades nacionais devem coordenar, nos diversos setores, a preparação e manutenção de uma lista de especialistas nacionais que possam ser contatados para os propósitos do gerenciamento de situação de risco em saúde pública. Com relação às áreas em que não são identificados especialistas no país, deve-se buscar o input e a facilitação da RSPA.

45. No que se refere à detecção de situações de risco, reconheceu-se a contribuição da plataforma Rede Global de Inteligência em Saúde Pública. Os participantes indagaram sobre a detecção de situações relacionadas a outros riscos que não sejam de natureza infecciosa (por exemplo, riscos radiativos e de produtos químicos), que aparentemente se associam a um espaço de tempo maior entre a real ocorrência e a detecção. Também se questionou a capacidade de detectar situações atípicas de risco em saúde no contexto de uma emergência em saúde pública nacional ou internacional, quando pode ocorrer redução da capacidade laboratorial.

46. No que se refere à avaliação de riscos em situações de saúde pública, a maioria dos participantes considerou-a como sendo uma atividade fora do padrão que se equiparava diretamente à capacidade de prever a propagação internacional de qualquer risco em saúde pública, em vez de atentar para o fato de que a avaliação é um processo contínuo e reiterativo que deve ser contextualizado segundo as intervenções de saúde pública adotadas em resposta a uma determinada situação.

47. Embora o enfoque qualitativo à avaliação de riscos relacionada a situações de risco em saúde pública que ocorrem dentro do território nacional seja considerado satisfatório em geral, os participantes afirmaram serem necessárias ferramentas que permitam usar um enfoque menos empírico, assim como para a aplicação do Anexo 2.

48. Destacou-se que, apesar de a avaliação de riscos ser uma prática comum em situações de risco em saúde pública que ocorrem dentro do território de um país, no caso de situações de risco em saúde pública que ocorrem em outro lugar, a avaliação feita pelo Secretariado da OMS é insuficiente e os Estados Partes precisam estar aptos a realizar a própria avaliação de riscos.

49. Os participantes afirmaram que, apesar dos esforços conjuntos dos Estados Partes e do Secretariado da OMS para realizar coletivamente a avaliação de riscos em situações de saúde pública, nem sempre as conclusões são condizentes. Portanto, seria uma mostra de maior transparência por parte do Secretariado da OMS se fossem publicadas no website protegido informações mais elaboradas sobre o processo de avaliação de riscos relacionado a uma determinada situação de risco em saúde pública.

50. Com respeito ao intercâmbio de informação relacionada a situações de risco em saúde pública, os participantes pediram maior transparência e salientaram especificamente que seria bastante aconselhável ao Secretariado da OMS partilhar, assim que tenha conhecimento, as informações sobre situações de risco em saúde pública sendo monitoradas, independentemente da fonte.

51. Recordando que, por ocasião da Consulta de 2016, os Estados Partes na Região das Américas indicaram que a informação sobre situações de risco em saúde pública partilhada pelo Secretariado da OMS através dos canais disponíveis (por exemplo, website protegido de informação sobre situações de saúde pública) deve ser mais abrangente, bem organizada, categorizada segundo o risco e gravidade e ser mais explícita quanto às ações de saúde pública apropriadas a serem adotadas pelos Estados Partes, ressaltou-se que, sobretudo para os Estados Partes pequenos, a informação postada no website protegido é a principal fonte de dados de inteligência epidêmica referente às situações que ocorrem fora dos seus territórios (ver também o parágrafo 60. e)).

52. Embora o Artigo 4 do RSI determine ao centro de coordenação nacional “*disseminar informações aos setores administrativos relevantes do Estado Parte, assim como consolidar as informações dele oriundas, incluindo os setores responsáveis pela vigilância e notificação, pontos de entrada, serviços de saúde pública, clínicas e hospitais e outras repartições públicas*”, os participantes ainda externaram dúvidas improcedentes quanto a se a informação postada no website protegido de informação sobre situações de saúde pública pode ser partilhada com os pares nacionais. Assinalou-se também que o gerenciamento e o intercâmbio de informação ao nível nacional devem ser melhorados, sobretudo para evitar que a informação partilhada por meio dos canais estabelecidos em cumprimento das disposições do RSI fique concentrada nas mãos de um funcionário ou mesmo de um grupo restrito de funcionários.

53. Em várias ocasiões durante a reunião os participantes deram a entender que a informação partilhada entre os Estados Partes, e entre os Estados Partes e o Secretariado da OMS, deve ser comportada em plataformas interativas.

No que se refere à resposta a situações de risco em saúde pública, os participantes reiteraram ser preciso esclarecer os procedimentos para o intercâmbio de informação entre o centro de coordenação nacional e as equipes de resposta mobilizadas em campo (ver também o parágrafo 38. i)).

54. Os participantes mencionaram que não conheciam a plataforma eletrônica Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) citada no anteprojeto do PEG e incluíram-na como um dos materiais a serem entregues no Projeto de orçamento para programas 2018–2019 aprovado da OMS.

55. Esclareceu-se que a plataforma EIOS estava sendo desenvolvida pelo Secretariado da OMS para melhorar a própria capacidade de gerenciamento de situações em saúde pública e proporcionar o nível pretendido de redundância às atividades de inteligência epidêmica realizadas em escala mundial; que ela foi concebida para integrar a detecção de situações de saúde pública e os componentes de avaliação de riscos, com possibilidade de adaptação ao contexto de acordo com parâmetros mais refinados; e que seu foco eram os riscos infecciosos.

56. Embora a plataforma EIOS destina-se ao uso do Secretariado da OMS, os participantes argumentaram que, antevendo sua utilidade ao nível nacional, posteriormente ela pode ser implantada ao nível nacional, apesar das dificuldades inerentes a uma ferramenta global para atender às necessidades de cada país. Se estiver nos planos do Secretariado da OMS implantar a plataforma EIOS, os participantes recomendaram que:

- a) seja dada a oportunidade aos Estados Partes de contribuir ao projeto da plataforma EIOS a fim de elaborar regras de participação entre o Secretariado da OMS e os Estados Partes e garantir que questões jurídicas e assuntos relativos à segurança e confidencialidade dos dados sejam devidamente ponderados e contemplados;
- b) reiterando ser preciso adotar um enfoque menos empírico e mais científico para a avaliação de riscos em situações de saúde pública, o componente de avaliação de riscos da plataforma EIOS seria de particular interesse aos Estados Partes nas Américas. Portanto, foram feitas sugestões quanto às propriedades e funcionalidades da plataforma para que possa ser aceita e usada ao nível nacional. Ela deve:
 - i. estar disponível em todos os idiomas oficiais da OMS;

- ii. ampliar o próprio alcance para dar cobertura a outros riscos, além dos riscos infecciosos;
- iii. ser de fácil uso e conectada ao website protegido de informação sobre situações de saúde pública;
- iv. categorizar o risco segundo o contexto considerado;
- v. dispor de recurso de mapeamento;
- vi. não requerer trabalho intenso para a entrada de dados pelos usuários ao nível nacional a fim de permitir atividades de avaliação de riscos individualizadas, pois há preocupação com o risco de se repetir as atividades de vigilância e
- vii. permitir às autoridades nacionais conceder acesso à plataforma aos usuários ao nível nacional segundo julgarem conveniente, inclusive ao pessoal externo ao setor da saúde.

Outras medidas de saúde

57. As medidas de saúde pública para gerenciar uma situação de risco em saúde pública em desdobramento são adequadas de forma dinâmica e adotadas como resultado do processo contínuo e reiterativo de avaliação de riscos. Observou-se com satisfação que, como sugerido por ocasião da Consulta de 2016, o anteprojeto do PEG contempla outras medidas de saúde, referidas no Artigo 43 do RSI, de maneira holística, não apenas abarcando as medidas adotadas em emergências em saúde pública de importância internacional, mas em qualquer circunstância.

58. O anteprojeto do PEG não apresenta um enfoque estratégico relacionado ao monitoramento e gerenciamento de outras medidas de saúde. Portanto, para que tenha o alcance estratégico pretendido, são feitas nos parágrafos a seguir observações e sugestões neste sentido, manifestadas por ocasião da Consulta de 2016.

59. Embora todo país tenha direito à soberania, diante dos desafios encontrados ao nível nacional que representam obstáculos à aplicação do Artigo 43, o anteprojeto do PEG deve:

- a) apresentar o enfoque ao monitoramento do cumprimento pleno das disposições do RSI, ou seja, sem focar de modo restritivo as disposições específicas, como o Artigo 43, nem exclusivamente nos Estados Partes (ver também os parágrafos 15. b); e 59. d));
- b) com a meta definitiva de encontrar uma solução ao tratamento assimétrico dado aos diferentes Estados Partes pelo Secretariado da OMS e assim aumentar a transparência, delinear as etapas e o cronograma do processo consultivo com os Estados Partes para desenvolver um processo padronizado para o monitoramento e o gerenciamento de outras medidas de saúde, incluindo assuntos relacionados à transparência das interações entre o Secretariado da OMS e um Estado Parte em particular. Observa-se que foi apresentada na reunião uma proposta de fluxograma para o processo de monitoramento e gerenciamento de outras medidas de saúde, preparado pelo Secretariado da OMS ao nível da Sede;
- c) dar orientação estratégica sobre como incentivar o diálogo entre áreas técnicas das diversas entidades institucionais no que se refere ao RSI e ao nível político, inclusive o escritório das relações exteriores/internacionais do ministério da Saúde e o ministério das Relações Exteriores que, por definição, tem interações privilegiadas com

organizações internacionais. Neste sentido, observou-se que a adoção de algumas medidas de saúde pública poderia ser relevante à Organização Mundial do Comércio (OMC). Porém, ainda é preciso esclarecer como o setor da saúde daria início a procedimentos que poderiam estender-se à OMC, e como o Secretariado da OMS está interagindo com a OMC;

- d) contemplar claramente a resolução de litígios, referida no Artigo 56 do RSI, e esmiuçar a estratégia do Secretariado da OMS para estimular o diálogo entre os Estados Partes e o Secretariado da OMS, não apenas com relação à aplicação e cumprimento do Artigo 43, mas abrangendo todas as disposições do RSI. Destacou-se que o diálogo bilateral entre os Estados Partes está implícito no Artigo 56 (“*Em caso de controvérsia entre dois ou mais Estados Partes quanto à interpretação ou aplicação deste Regulamento, os Estados Partes em questão deverão procurar, em primeira instância, resolver a controvérsia por meio de negociação ou qualquer outro meio pacífico de sua própria escolha, incluindo bons ofícios, mediação ou conciliação*”) e no Artigo 43 (“*Sem prejuízo de seus direitos nos termos do Artigo 56, qualquer Estado Parte que sofrer o impacto de uma medida tomada [...] poderá solicitar manter consultas com o Estado Parte que implementou tal medida. O propósito de tais consultas é [...] encontrar uma solução mutuamente aceitável*”) (ver também os parágrafos 15. b); e 59. a)) e
- e) descrever detalhadamente como o Secretariado da OMS promoveria o exercício da diplomacia da saúde na aplicação dos Artigos 43 e 56, nas diferentes esferas: bilateralmente, ao nível sub-regional e regional, com o uso de mecanismos de integração econômica, multilateralmente e com a intermediação do Secretariado da OMS. Entende-se que, no interesse da uniformidade e transparência, seria preciso encontrar um meio-termo entre a rigidez do processo padronizado e a flexibilidade da diplomacia da saúde. Igualmente, reconheceu-se que a aplicação do raramente invocado Artigo 56 do RSI indica uma atitude reativa à saúde pública.

60. Chamando atenção ao direito soberano de todo Estado Parte, os participantes reiteraram os desafios enfrentados ao nível nacional que dificultam a aplicação do Artigo 43 e fizeram sugestões para superá-los:

- a) a legislação nacional existente (por exemplo, leis de quarentena) pode impedir que os Estados Partes cumpram o Artigo 43;
- b) um Estado Parte poderia estar verdadeiramente despreparado para gerenciar um risco em saúde pública sem pôr em risco a segurança nacional (por exemplo, Estados Partes que solicitaram prorrogações de modo transparente) e também estar sob pressão descabida para suspender as medidas exercidas por outros Estados Partes e/ou pelo Secretariado da OMS;
- c) a percepção do risco aos níveis técnicos e políticos, dentro de um país e entre os países, poderia divergir como resultado de uma avaliação de riscos baseada em critérios distintos;
- d) a percepção de risco e a pressão pública costumam levar à adoção de medidas pelas autoridades políticas com poder de decisão, não levando em conta as evidências científicas;
- e) a assessoria dada pelo Secretariado da OMS às medidas de saúde pública postadas no website protegido de informação em uma situação de risco em saúde pública e, em particular, as recomendações temporárias ao se estabelecer uma emergência em saúde

pública de importância internacional não são apresentadas com as devidas evidências científicas para embasá-las. Além disso, as recomendações temporárias nem sempre especificam os subgrupos de Estados Partes aos quais elas se aplicam e trazem uma justificção; nem sempre elas são bem elaboradas considerando a viabilidade de serem implementadas; e não englobam mecanismos para monitorar o cumprimento. Trata-se de um enfoque ambíguo e, a menos que seja retificado, acredita-se que estimule uma atitude reativa à adoção de medidas de saúde pública pelas autoridades nacionais. Os participantes reiteraram que, com o avançar de uma situação de risco em saúde pública, o Secretariado da OMS poderia adotar um método de graduação do risco que indique as implicações prevalentes de saúde pública nacionais, sub-regionais, regionais e globais, o que contribuiria muito para ajustar as medidas de saúde pública tomadas pelas autoridades nacionais (ver também o parágrafo 51);

- f) recordando que não há nenhuma disposição no Regulamento determinando ao Secretariado da OMS tomar a iniciativa e monitorar outras possíveis medidas de saúde usando fontes informais de informação, e que, de acordo com o Artigo 43, os Estados Partes devem apresentar evidências científicas para sustentar a adoção de outras medidas de saúde, foram dadas sugestões para definir o processo padronizado para o monitoramento e o gerenciamento de outras medidas de saúde, entre elas:
- i. os critérios a serem empregados pelos Estados Partes e pelo Secretariado da OMS para determinar se uma medida “deve” ou “pode” ser considerada como outra medida de saúde precisam ser explicitados. Observou-se que os Estados Partes precisam melhorar a própria capacidade de avaliação de riscos em situação de risco em saúde pública inclusive também quanto a outras medidas de saúde, e sobretudo melhorar a capacidade de determinar com precisão o impacto real ou potencial que uma medida possa ter no comércio e viagens internacionais;
 - ii. o informe anual conjunto do Secretariado da OMS e dos Estados Partes sobre a implantação do RSI apresentado à Assembleia Mundial da Saúde deve informar os Estados Partes que adotaram outras medidas de saúde, especificando as situações de risco em saúde pública, de caráter agudo ou não, que suscitaram tais medidas;
 - iii. deve ser examinado conceder incentivos aos Estados Partes que cumprem o Artigo 43.

Grupos assessores de especialistas

61. O anteprojeto do PEG prevê também a formação do *grupo técnico assessor de especialistas em riscos infecciosos*. Recordou-se que, por ocasião da Consulta de 2016, os Estados Partes nas Américas expressaram preocupação com a criação de um *grupo assessor científico de especialistas em riscos infecciosos*, pela necessidade de recursos para investir na criação de mais uma estrutura de sustentabilidade incerta, possível duplicação de funções da competência dos comitês de emergência ou comitês de análise do RSI e potencial entrave do processo de avaliação de riscos de situações em saúde pública, que por definição é dinâmico e precisa ser diligente do ponto de vista operacional para responder com eficiência.

62. Com referência à pergunta 18 (ver Anexo E) formulada para estimular as discussões durante a reunião, os participantes assinalaram que a pergunta era em grande parte desnecessária visto que, de acordo com o Artigo 47 do RSI, as seguintes disposições

do Regulamento da OMS para painéis e comitês assessores de peritos¹⁹ se aplicam respectivamente a:

- a) o cadastro de peritos do RSI: *“O Diretor-geral selecionará os membros dos painéis de peritos com base na especialização e na experiência e levando em devida consideração os princípios de representação geográfica equitativa [...]. Ele promoverá a nomeação dos peritos dos países em desenvolvimento e de todas as regiões [...] e*
- b) os comitês de peritos: *“[...] O Diretor-geral selecionará os membros dos comitês de peritos com base nos princípios de representação geográfica equitativa; equilíbrio entre os gêneros; equilíbrio entre os peritos de países desenvolvidos e países em desenvolvimento; representação da diversidade de opiniões científicas, enfoques e experiências práticas em várias partes do mundo; e um equilíbrio interdisciplinar apropriado”.*

63. Contudo, durante a discussão, vários pontos relativos à interpretação e aplicação do Artigo 47 – *Composição [do cadastro de peritos do RSI]* continuam pouco claros ao nível nacional e requerem que sejam tomadas medidas por parte do Secretariado da OMS e/ou RSPA. Entre eles:

- a) a finalidade do cadastro de peritos do RSI. Recordou-se que o cadastro de peritos do RSI é a principal fonte de especialistas a serem indicados como integrantes dos comitês de emergência e de revisão do RSI e que eles realizam um trabalho consultivo ao Diretor-geral da OMS. Os integrantes deste cadastro, nesta função específica, não são mobilizados pelos Estados Partes nem estão incumbidos de assessorá-los diretamente;
- b) a composição e os integrantes do cadastro de peritos do RSI. Recordou-se que os integrantes do cadastro de peritos podem ser recomendados ao cargo pelo Secretariado da OMS, e a participação do especialista está sujeita à aprovação das respectivas autoridades nacionais, organizações intergovernamentais e de integração econômica regional pertinentes ou dos Estados Partes. O mandato dos integrantes do cadastro de peritos do RSI tem duração de quatro anos e pode ser renovado quatro vezes;
- c) os procedimentos relacionados à administração do cadastro de peritos do RSI. Observou-se que, além do Artigo 47 do RSI, o Secretariado da OMS não disponibilizou os procedimentos por escrito que regem as interações entre os Estados Partes, os peritos e o Secretariado da OMS, e descrevem pormenorizadamente os passos administrativos que se aplicam aos Estados Partes, aos peritos e ao Secretariado da OMS;
- d) a publicação da lista de integrantes do cadastro de peritos do RSI. A lista é publicada periodicamente pelo Secretariado da OMS no portal do website protegido de informação sobre situações de saúde pública.²⁰

64. Recordou-se que, de acordo com o Artigo 47 do RSI, cada Estado Parte tem o direito de indicar um especialista para ser incluído no cadastro de peritos do RSI, a fim de que, caso

¹⁹ Organização Mundial da Saúde. Regulamento de los cuadros y comités de expertos. OMS, [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em espanhol em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

²⁰ Organização Mundial da Saúde. Event Information Site for National IHR Focal Points. OMS, [consultado em 15 de agosto de 2017, correspondente à atualização do cadastro de peritos do RSI publicada em dezembro de 2016]. Disponível em inglês em: <http://apps.who.int/ihr/eventinformation/system/files/IHRRoster-December2016.pdf>.

ocorra uma situação de risco em saúde pública com a convocação de um comitê de emergência, o Estado Parte possa defender os próprios interesses evitando que o Secretariado da OMS faça a recomendação unilateral de medidas de saúde pública que inoportunamente seriam contraproducentes ao país. O especialista designado deve ter, de modo ideal, discernimento técnico e capacidade de defender a posição do Estado Parte. Na ocasião da reunião, 9 dos 35 Estados Partes nas Américas haviam indicado seus especialistas. Além disso, os Estados Partes podem propor, para análise do Secretariado da OMS, outros especialistas para integrarem o cadastro de peritos do RSI, com base na experiência e conhecimentos técnicos.

65. Os participantes também manifestaram preocupações com a transparência do modo de funcionamento tanto do cadastro de peritos do RSI como dos comitês de emergência e de revisão do RSI:

- a) coerência do Secretariado da OMS ao incluir os especialistas designados dos Estados Partes como integrantes do comitê de emergência do RSI em uma situação de risco em saúde pública no Estado Parte de origem;
- b) embora os especialistas incluídos no cadastro de peritos do RSI propostos pelo Secretariado da OMS não representam o país de origem ao serem escolhidos como integrantes dos comitês de emergência e de revisão do RSI, alguns Estados Partes podem ter objeções à escolha e gostariam de saber como elas devem ser comunicadas ao Secretariado da OMS;
- c) uniformidade do Secretariado da OMS em divulgar os integrantes dos comitês de emergência e de revisão do RSI. Observou-se que, após a crítica feita ao Secretariado da OMS por não divulgar os integrantes quando foi convocado do *Comitê de análise sobre o funcionamento do Regulamento Sanitário Internacional (2005) com relação à pandemia pelo vírus (H1N1) de 2009*, desde então têm sido divulgados os membros de outros comitês de emergência e de revisão do RSI convocados.

66. Considerando os desafios e questões mencionados acima, o Secretariado da OMS e/ou a RSPA precisam divulgar aos Estados Partes:

- a) informação sobre as funções do cadastro de peritos do RSI e comitês de emergência e de revisão do RSI;
- b) procedimentos pormenorizados sobre a administração do cadastro de peritos do RSI e
- c) informes periódicos sobre o direito dos Estados Partes de indicar um especialista para o cadastro.

Pilar estratégico 3 – Mensuração do progresso e responsabilidade, com ênfase à Estrutura de monitoramento e avaliação do RSI

67. Como indicado sob o título *Alcance do anteprojeto do plano estratégico global quinquenal*:

- a) reiterando as observações feitas por ocasião da Consulta de 2016, a grande maioria dos participantes apontou que, em cumprimento do Artigo 54 do RSI, a EMA-RSI deve ser apresentada como um documento independente para análise e adoção pela

Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2018, no 142º Conselho Executivo, de janeiro de 2018;

- b) os títulos e o respectivo conteúdo do pilar estratégico 2 – *Gerenciamento de eventos e cumprimento* e do pilar estratégico 3 – *Mensuração do progresso e responsabilidade* devem ser revistos. Portanto, o anteprojeto do PEG deve definir e especificar a distinção entre monitoramento e avaliação; entre monitoramento da aplicação e implantação do RSI e monitoramento do cumprimento do RSI (ver também o parágrafo 15. b));
- c) os participantes foram unânimes em concordar e insistiram que as observações sobre a EMA-RSI feitas por ocasião das Consultas de 2015 e 2016 continuam válidas e que as recomendações resultantes devem ser postas em prática pelo Secretariado da OMS e
- d) a EMA-RSI reflete um enfoque histórico conceitualmente compartimentalizado ao RSI, sendo a demonstração da responsabilidade uma atribuição exclusiva dos Estados Partes; somente uma subparte das disposições relativas à capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI é abrangida pela EMA-RSI. Portanto, deve ser realizada um exame pelo Secretariado da OMS para complementar a EMA-RSI com outros componentes englobando todo o RSI, assim como com componentes que se aplicam ao Secretariado da OMS.

68. Recordando que, em conformidade com a resolução WHA68.5, a EMA-RSI está organizada em quatro componentes:

- a) um mandatário: informes anuais preparados pelos Estados Partes e
- b) três voluntários:
 - i. análises pós-ação;
 - ii. exercícios de simulação e
 - iii. avaliações externas conjuntas.

Durante as discussões, não receberam a devida importância os princípios que sustentam a EMA-RSI: apropriação nacional, responsabilidade mútua, criação de relação de confiança, transparência e exercício de aprendizado coletivo.

69. Assinalou-se que, embora as atividades de monitoramento e avaliação sejam importantes para garantir a responsabilidade mútua entre os Estados Partes, estes esforços devem beneficiar principalmente a si próprios. Igualmente, apesar de estas atividades constituírem uma boa prática em saúde pública, o empenho dos Estados Partes e do Secretariado da OMS neste sentido não deve ser prioridade; em vez disso, o Secretariado da OMS deve dar ênfase a atividades mais importantes de capacitação ao nível nacional visando melhorar a sustentabilidade. Além disso, os participantes ressaltaram que, desde 2015, o Secretariado da OMS vem concentrando seus esforços quase exclusivamente em um dos componentes voluntários da EMA-RSI, as avaliações externas conjuntas.

70. Algumas das controvérsias em torno dos componentes específicos da EMA-RSI no debate da 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017, e que posteriormente levaram à adoção da decisão WHA70(11), também indicaram que a EMA-RSI, a ser apresentada para análise e adoção pela Assembleia Mundial da Saúde, deve incluir instrumentos específicos para cada um dos seus quatro componentes. Neste sentido, os participantes concordaram que a

EMA-RSI, a ser apresentada, deve ser um documento de política; e, aproveitando o processo consultivo em andamento, deve ser revista novamente pelos Estados Partes.

71. Considerando que o Artigo 54 do RSI (“*os Estados Partes e o Diretor-geral enviarão relatórios à Assembleia de Saúde sobre a implementação deste Regulamento, conforme decidido pela Assembleia de Saúde*”) não limita o alcance das deliberações da Assembleia Mundial da Saúde relativas aos informes; e ciente das questões delicadas em torno da EMA-RSI, durante a reunião, foram manifestadas posições indicando inclinação construtiva dos Estados Partes representados pelos participantes de encontrar um consenso para que a EMA-RSI tenha fundações de governança verdadeiramente sólidas e possa assim ser encerrado o debate institucional.

72. Levando-se também em consideração as observações e sugestões expressas por ocasião da Consulta de 2016, a EMA-RSI deve compreender para cada um dos seus quatro componentes:

- a) justificção de saúde pública e objetivos;
- b) funções e responsabilidades dos Estados Partes e do Secretariado da OMS;
- c) grau de complementaridade aos demais componentes e considerações em termos de custo-efetividade;
- d) referências claras ao instrumento de apoio para implantar o componente em particular e ao processo básico empregado no desenvolvimento do instrumento adotado pelo Secretariado da OMS. Embora não houve consenso entre os participantes devido à possibilidade de outros adiamentos, vale mencionar que, junto com a EMA-RSI, o Secretariado da OMS deve considerar apresentar à Assembleia Mundial da Saúde para análise e adoção a ferramenta relacionada com o componente de informe anual obrigatório;
- e) frequência de aplicação;
- f) descrição das informações a serem apresentadas à Assembleia Mundial da Saúde obtidas com a aplicação do componente em particular e
- g) como os dados obtidos com a aplicação do componente em particular serão empregados pelo Secretariado da OMS para embasar as atividades de cooperação nos países.

73. Além disso, de acordo com as recomendações do *Comitê de revisão das segundas prorrogações para o estabelecimento da capacidade básica nacional em saúde pública e implantação do RSI*, adotadas por meio da resolução WHA68.5 (“[...] o Secretariado deve definir, através dos mecanismos consultivos regionais, opções para passar da autoavaliação exclusiva a métodos [...]. Todo sistema novo de monitoramento e avaliação deve ser elaborado com a participação ativa dos Escritórios Regionais da OMS e posteriormente proposto a todos os Estados Partes através do processo dos órgãos diretivos da OMS”) e sugestões feitas pelos Estados Partes nas Américas por ocasião da Consulta de 2016, os participantes chamaram a atenção aos seguintes pontos:

- a) diante da diversidade dos Estados Partes, deve ser explicitado que a operacionalização da EMA-RSI é determinada pelos Escritórios Regionais da OMS e ser dada flexibilidade aos Estados Partes para assegurar que a EMA-RSI seja útil ao nível nacional. Os participantes também assinalaram que a RSPA talvez tenha de prestar

mais esclarecimentos técnicos sobre a EMA-RSI, porque podem surgir inexatidões com a tradução do inglês aos outros idiomas oficiais da OMS e da OPAS;

- b) o Secretariado da OMS deve partilhar com os Escritórios Regionais e, por meio destes, com os Estados Partes, as ferramentas a serem desenvolvidas para dar suporte à implantação da EMA-RSI. As ferramentas devem ser partilhadas permitindo tempo suficiente para serem examinadas antes da sua implantação, e nos seis idiomas oficiais da OMS. Ressaltou-se que, como indicado no anteprojeto do PEG, invocando o Artigo 44 do Regulamento, o Secretariado da OMS está se apropriando do mandato para desenvolver as ferramentas da EMA-RSI. Porém, de acordo com o Artigo 54 do RSI, resolução WHA68.5 e sobretudo os resultados das consultas formais regionais realizadas pelos Comitês Regionais da OMS em 2015 e 2016, não cabe a aplicação do Artigo 44 às referidas circunstâncias (“*A OMS colaborará com os Estados Partes, na medida do possível, mediante solicitação em: (a) avaliação e exame de suas capacidades de saúde pública, a fim de facilitar a implementação efetiva deste Regulamento*”) e
- c) a EMA-RSI deve especificar as sinergias e relações com os mecanismos de monitoramento sob os auspícios de outras organizações internacionais.

74. Os participantes recomendaram que se, por algum motivo, as versões posteriores do anteprojeto do PEG fizerem menção à EMA-RSI, os quatro componentes devem ser igualmente representados, para manter a coerência, indicando o caráter obrigatório ou voluntário, com a inclusão de referências às ferramentas relevantes.

75. Os participantes salientaram que a RSPA deve desenvolver e testar mecanismos de responsabilidade, compreendendo todas as disposições do RSI, a serem aplicados à Repartição, na qualidade de Escritório Regional da OMS para as Américas.

Informe anual obrigatório dos Estados Partes

76. Recordando que o informe anual dos Estados Partes, baseado em um questionário autoadministrado, é o único componente obrigatório da EMA-RSI atualmente proposta, os participantes reiteraram as preocupações e as sugestões expressas por ocasião das Consultas de 2015 e 2016. Destacou-se, em particular, que as deficiências do instrumento usado atualmente, aliadas aos problemas com os métodos de mensuração, requerem um exame minucioso e reconsideração por parte do Secretariado da OMS enfocando a necessidade de:

- a) garantir que os quatro componentes da EMA-RSI sejam efetivamente complementares e, portanto, baseados em diferentes metodologias e não produzam informação redundante. Isso se aplica sobretudo à complementaridade dos componentes de informe anual dos Estados Partes e avaliação externa conjunta;
- b) tornar o instrumento mais conciso e basear os métodos de mensuração em um sistema de pontuação graduada. A ferramenta deve ser mais concisa e os métodos de mensuração baseados em um sistema de pontuação graduada. Informou-se aos participantes que estes pontos foram debatidos na reunião técnica interna da OMS sobre a Estrutura de monitoramento e avaliação do RSI pós-2016, realizada em Nova Délhi, Índia, de 1 a 4 de novembro de 2016, e a reunião técnica interna da OMS sobre a ferramenta de informe anual do RSI, realizada em Genebra, Suíça, de 15 a 17 de março de 2017. Embora ainda estejam sendo trabalhados, os elementos da ferramenta revista proposta apresentados na reunião foram:

- i. a capacidade básica revista, com apenas sobreposição parcial com as áreas técnicas da avaliação externa conjunta;
 - ii. o sistema de pontuação graduada codificado por cores, que ainda se baseia em porcentagens e
 - iii. o fato de que a ferramenta revista é de tamanho maior que o questionário em uso para apresentar o informe anual dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde.
- c) para maximizar as vantagens e minimizar as controvérsias ao nível nacional, o Secretariado da OMS deve oferecer algum mecanismo para garantir a coerência e a continuidade entre a ferramenta em uso para apresentar o informe anual dos Estados Partes à Assembleia Mundial da Saúde.

77. Chamando atenção ao fato de que os dados regionais e específicos de um país relativos aos indicadores e à pontuação da capacidade básica podem ser consultados na página da internet da Sede da OMS,²¹ os participantes foram unânimes ao solicitar à RSPA que, visando máxima transparência, os informes anuais sejam disponibilizados na íntegra aos Estados Partes na Região (ver também o parágrafo 34. e)).

Análises voluntárias pós-ação

78. Recordando que os Estados Partes nas Américas defenderam desde o princípio a inclusão de análises pós-ação na EMA-RSI (Reunião regional nas Américas sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional, Buenos Aires, Argentina, 29–30 de abril de 2014), os participantes foram informados de que as análises pós-ação foram discutidas na reunião técnica interna da OMS sobre a Estrutura de monitoramento e avaliação do RSI pós-2016”, realizada em Nova Délhi, Índia, de 1 a 4 de novembro de 2016. Apesar dos esforços por parte da RSPA de transmitir ao Secretariado da OMS os comentários da Região recebidos desde 2014, e por ocasião das Consultas de 2015 e 2016, o Secretariado da OMS recentemente preparou dois documentos técnicos sobre este assunto, mas sem levar em consideração os acordos feitos na sessão técnica interna da OMS mencionada anteriormente e as contribuições das Américas em particular.

79. Desse modo, alinhados aos aspectos relativos à análise pós-ação, ou seja, uma ferramenta que sirva não apenas para garantir a responsabilidade mútua entre os Estados Partes, mas também para exercer influência entre os pares de forma transparente e para o esforço de aprendizado coletivo, os participantes concordaram que uma plataforma interativa na internet deve ser a base para testar a implantação de análises pós-ação voluntárias como parte da EMA-RSI nas Américas. Ficou subentendido que, como parte do processo interno contínuo de prontidão para situações de saúde pública, as análises pós-ação devem ser metodicamente conduzidas pelas autoridades nacionais e locais após qualquer situação de risco em saúde pública.

80. Os participantes salientaram que as Américas estão tecnicamente equipadas, inclusive da perspectiva de TI ao nível da RSPA, para testar análises pós-ação de uma plataforma eletrônica interativa protegida. Ao acessar a plataforma interativa, os Estados Partes estariam indicando disposição em realizar análises pós-ação como parte da EMA-RSI.

²¹ Organização Mundial da Saúde. Global Health Observatory (GHO) data. OMS [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/gho/ihr/en/>.

Exercícios de simulação voluntários

81. Os participantes enfatizaram que os exercícios de simulação devem, acima de tudo, ter relevância e utilidade aos países. Portanto, os requisitos de apresentação de informes à Assembleia Mundial da Saúde devem ser vistos como suplementares. Assinalou-se também que as análises pós-ação devem ser privilegiadas em relação aos exercícios de simulação como ferramentas para dar início e realizar alterações na estrutura de gerenciamento de emergências/situações em saúde pública. Porém, sublinhou-se que, em alguns países, partilhar informação com a comunidade internacional sobre situações concretas poderia ser uma questão delicada do ponto de vista político e, nestes casos, os exercícios de simulação seriam uma opção melhor.

82. Mesmo sem tratar dos dados especificamente relacionados aos exercícios de simulação a serem apresentados à Assembleia Mundial da Saúde, mas considerando que o intercâmbio de informações no âmbito internacional não deve ser guiado pela natureza positiva ou negativa dos resultados de um exercício de simulação, a caracterização dos exercícios que poderiam atender aos requisitos para informe internacional não foi conclusiva.

83. Salientando que, independentemente do enfoque metodológico, os cenários utilizados nos exercícios de simulação devem ser determinados pelo perfil de riscos do contexto em que estão sendo realizados, a seguir são citadas as sugestões mais importantes feitas pelos participantes quanto às características que poderiam motivar a apresentação de um informe sobre um exercício de simulação à Assembleia Mundial da Saúde. Porém, não está ainda determinado especificamente se as características devem ser mutuamente exclusivas.

- a) No mínimo uma capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI deve ser testada no exercício de simulação. Alguns participantes defenderam o teste de um número mínimo maior de itens da capacidade básica;
- b) nos Estados Partes pequenos as autoridades ao nível nacional devem ter participação ativa no exercício de simulação e, nos Estados Partes maiores, as autoridades do primeiro nível subnacional ou acima devem ter participação ativa;
- c) todo exercício de simulação multinacional deve ter a participação ativa das autoridades ao nível nacional dos países considerados e
- d) os exercícios de simulação devem abranger vários setores.

84. Se, por um lado, alguns participantes sugeriram que fosse elaborado um protocolo padronizado pelo Secretariado da OMS, por outro lado, se propôs que os Estados Partes partilhassem com a RSPA informação sobre qualquer exercício de simulação realizado no território do país, deixando a critério da RSPA selecionar e escolher as simulações informativas ao nível global.

85. Os participantes salientaram que a RSPA, comparada aos outros Escritórios Regionais da OMS, está mais bem equipada para dar apoio aos Estados Partes ao realizar os exercícios de simulação. Porém, também apontaram a falta de documentos de orientação para o planejamento destes exercícios. Informou-se aos participantes de que o Secretariado da OMS, ao nível da Sede, havia publicado recentemente um manual de exercícios de simulação.²² Observou-se que os Escritórios Regionais da OMS não foram consultados na organização deste material.

²² Organização Mundial da Saúde. WHO Simulation Exercise Manual. OMS; 2017 [consultado em 15 de agosto de 2017]. Disponível em inglês em: <http://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2017.10/en/>.

Avaliações externas conjuntas voluntárias

86. Os participantes insistiram que as questões e sugestões com respeito às avaliações externas conjuntas, manifestadas por ocasião das Consultas de 2015 e 2016, devem ser levadas em consideração pelo Secretariado da OMS como parte do processo consultivo em andamento. É apresentado um resumo destas observações nos parágrafos a seguir, complementadas pelos comentários feitos na reunião, suscitados também com a apresentação da RSPA do esquema do processo proposto para conduzir as avaliações externas voluntárias nas Américas.

- a) Reconhecendo que as avaliações externas conjuntas por si sós são praticamente desprovidas de sentido, realizar voluntariamente uma avaliação externa conjunta representa uma boa prática em saúde pública e é uma mostra de transparência e compromisso. Porém, as expectativas atuais com as avaliações possivelmente não são realistas e expressou-se reservas quanto à sua repercussão imediata e de longo prazo para a alocação sustentável de recursos nacionais. Enfatizou-se que, para se chegar a resultados sustentáveis, é preciso contar com o envolvimento e o compromisso do governo como um todo, afora os ministérios da Saúde e da Fazenda, a fim de assegurar a influência política e financeira para tomar medidas sustentadas, inclusive com ajustes orçamentários. Destacou-se que realizar voluntariamente uma avaliação externa conjunta em resposta a um resultado ruim, real ou percebido, ao gerenciar uma situação de risco em saúde pública poderia ser uma faca de dois gumes porque a atenção política gerada por uma crise de saúde pode se extinguir rapidamente;
- b) existe preocupação quanto à sustentabilidade financeira, a cargo do Secretariado da OMS e/ou RSPA, de realizar avaliações externas conjuntas em caráter imediato e a longo prazo. Alguns participantes assinalaram que, se o Secretariado da OMS e a RSPA estão incentivando avaliações externas, os Estados Partes assumiriam que existem fundos para esta finalidade, porém a RSPA afirmou que não é o caso, pelo menos em um futuro próximo;
- c) o conteúdo da atual ferramenta de avaliação externa conjunta não está necessariamente alinhado às disposições do RSI e às diretrizes da OMS e não leva em consideração o “acesso a certos itens da capacidade básica”, como alternativa à capacidade no país, que é de especial interesse aos pequenos Estados Insulares. Portanto, a ferramenta deve passar por um exame minucioso. Informou-se aos participantes que foi realizada uma reunião da OMS sobre a análise da ferramenta de avaliação conjunta em Genebra, Suíça, de 19 a 21 de abril de 2017. Porém, embora o trabalho ainda não esteja concluído, este assunto aparentemente não está sendo tratado;
- d) o esboço do processo para realizar avaliações externas conjuntas voluntárias nas Américas foi apresentado pela RSPA e os participantes se disseram favoráveis ao enfoque proposto. Embora os especialistas mobilizados para realizar as avaliações externas conjuntas devam visar atender às necessidades previstas de um determinado país da melhor maneira possível, como expresso por ocasião das Consultas de 2015 e 2016, a grande maioria dos participantes insistiu no fato de que as equipes da missão externa devem tirar proveito da perícia regional e ter conhecimento do idioma e do contexto nacionais e
- e) os participantes recomendaram que a RSPA deve apresentar informação mais específica sobre o cronograma para realizar todo o processo de avaliação externa conjunta, do momento em que ela recebe uma solicitação das autoridades nacionais à

publicação do resultado, inclusive especificando os intervalos entre as fases e o tempo de resposta previsto da sua parte.

87. Observando que a OPAS disponibilizou uma versão preliminar da tradução ao espanhol da ferramenta de avaliação externa conjunta, é apresentado a seguir o esquema do processo para realizar avaliações externas conjuntas voluntárias nas Américas proposto pela RSPA. Além das observações e sugestões contidas nos parágrafos anteriores, os participantes disseram concordar com o processo proposto. A RSPA partilhará com os Estados Partes da Região uma versão revista do processo.

- i. Processo voluntário: documentado por uma solicitação formal ao Secretariado da OPAS para realizar uma avaliação externa conjunta, assinada pelo ministro da Saúde e possivelmente também pelo ministro da Fazenda;
- ii. processo de duas fases a ser conduzido com a liderança do Secretariado da OPAS;
 - a duração prevista de todo o processo é de dois a três meses;
- iii. avaliação nacional antes da missão externa no país pode ser facilitada pelo Secretariado da OPAS mediante solicitação explícita por parte das autoridades nacionais;
- iv. equipes da missão externa no país a serem formadas e recomendadas pelo Secretariado da OPAS e autorizadas pelas autoridades nacionais;
- v. missões externas no país a serem realizadas pelos profissionais que dominam o idioma nacional, de preferência provenientes da Região;
- vi. equipes da missão externa devem ser formada por:
 - pares: autoridades nacionais identificadas após pesquisa para pré-determinar a disponibilidade de profissionais e competência. Declaração de interesse e acordo de confidencialidade precisam ser assinados;
 - especialistas em assuntos específicos mobilizados segundo as necessidades constatadas em avaliações anteriores, avaliação nacional antecedendo a missão externa no país ou solicitação explícita por parte das autoridades nacionais. O Secretariado da OPAS selecionará especialistas do cadastro de peritos do RSI e de redes de consultores da OPAS. Declaração de interesse e acordo de confidencialidade precisam ser assinados;
 - equipes de organismos especializados das Nações Unidas (acordo da AIEA e OPAS, Banco Mundial, OIE, Organização da Aviação Civil Internacional [OACI]) e
 - pessoal do Secretariado da OPAS, com forte presença de especialistas em sistemas de saúde;

Os integrantes das equipes da missão devem devotar, ao todo, duas semanas de trabalho em regime de tempo integral à avaliação externa conjunta;

- vii. o processo de duas fases, considerado parte do processo contínuo de planejamento, financiamento e monitoramento e avaliação nacionais, privilegiará desde o início:
 - avaliações anteriores, iniciativas e compromissos dos Estados Partes nos termos de outras resoluções da OPAS e OMS, assim como outros acordos internacionais, visando atender melhor às necessidades próprias dos países, evitando um único esquema para todos;

- integração da capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI aos mecanismos nacionais de planejamento e financiamento como FESP, dentro do setor da saúde e entre os ministérios e
 - áreas técnicas sabidamente mais fracas e ainda não contempladas por outros programas abrangentes da OPAS/OMS.
- viii. expectativas nacionais quanto aos resultados de curto e longo prazo do processo de duas fases a serem explicitadas na carta formal endereçada pelas autoridades nacionais ao Secretariado da OPAS para solicitar realizar a avaliação externa conjunta, inclusive no que se refere à publicação do informe do país e
- ix. a implementação das avaliações externas conjuntas pelo Secretariado da OPAS estará sujeita à disponibilidade de fundos.

Conclusões

88. Com base nas Consultas de 2015 e 2016, os participantes insistiram para o Secretariado da OMS conduzir com mais transparência o trabalho pelo qual os subsídios ao anteprojeto do PEG, obtidos como parte do processo consultivo em andamento, serão incorporados ao anteprojeto final do plano estratégico global quinquenal a ser apresentado ao 142º Conselho Executivo da OMS, em janeiro de 2018. Neste sentido, o Secretariado da OMS deve informar os Estados Partes a respeito o quanto antes.

89. Como parte do processo consultivo global em andamento para a elaboração da versão final do anteprojeto do PEG, a RSPA solicitou aos participantes que providenciassem que os seus respectivos Estados Partes estejam representados na consulta formal dos Estados Membros, a ser realizada em Genebra, Suíça, em novembro de 2017, por delegados com bom conhecimento das questões relacionadas com o anteprojeto do PEG e EMA-RSI.

90. Informou-se aos participantes que a RSPA distribuiria a versão preliminar do relatório da reunião até 28 de julho de 2017 para que fossem feitas observações e que os comentários, agrupados por país e destacados com o uso do recurso “controlar alterações”, deveriam ser encaminhadas à RSPA até 4 de agosto de 2017. Também foram informados que o relatório da reunião seria apresentado à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana/69º Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

91. Os participantes concordaram que, para fazer avançar a posição da Região das Américas perante os Órgãos Diretivos da OMS, a RSPA deve propor uma decisão ou resolução para análise e adoção pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana/69ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas.

Anexo A: Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública - Consulta con los Estados Miembros, 3 de julio del 2017



**Organización
Mundial de la Salud**

VERSIÓN PRELIMINAR

**Documento de información WHE/CPI/IHR
3 de julio del 2017**

Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública

Consulta con los Estados Miembros

RESUMEN

1. Este documento ha sido preparado para realizar una consulta con los Estados Miembros en los comités regionales de la OMS en el 2017 sobre el plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública, de acuerdo con lo solicitado en la decisión WHA70(11) de la Asamblea de la Salud.¹ Contiene un análisis de las cuestiones planteadas por los Estados Miembros en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en relación con este tema, un examen de los mandatos establecidos por la Asamblea de la Salud para la Secretaría de la OMS con respecto a la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional del 2005 (RSI), y una propuesta para avanzar con el proceso consultivo a fin de elaborar el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal y presentarlo ante la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud en el 2018. En el anexo a este documento se presenta un esbozo preliminar anotado del plan estratégico mundial quinquenal propuesto por la Secretaría de la OMS.

ANTECEDENTES

2. De acuerdo con lo solicitado en la decisión WHA69(14) de Asamblea de la Salud, la Secretaría de la OMS elaboró un proyecto de plan mundial de aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen sobre el papel del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en el brote del ébola y la respuesta que se le ha dado, que se presentó a la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2017.² En ese documento se incorporaron las sugerencias emanadas de extensas consultas con todos los comités regionales y se establecieron seis esferas de acción para responder a las recomendaciones del Comité de Examen y 12 principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de la salud pública.
3. La 70.^a Asamblea Mundial de la Salud tomó nota del plan mundial de aplicación y solicitó a la Directora General, por medio de la decisión WHA70(11), “que elabore, en estrecha consulta con los Estados

¹ Decisión WHA70(11): [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70\(11\)-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-sp.pdf).

² Documento A70/16: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_16-sp.pdf.

Miembros, en particular a través de los comités regionales, un proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública sobre la base de los principios rectores contenidos en el anexo 2 del documento A70/16, y que lo presente para su examen y adopción por la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.^a reunión”.

4. En este documento se presenta un análisis de las cuestiones planteadas por los Estados Miembros en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud en relación con este tema, un examen de los mandatos establecidos por la Asamblea de la Salud para la Secretaría de la OMS con respecto a la aplicación del RSI y una propuesta para avanzar con el proceso consultivo a fin de terminar de elaborar el plan estratégico mundial quinquenal. En el anexo a este documento se presenta un esbozo preliminar anotado del plan estratégico mundial quinquenal propuesto por la Secretaría de la OMS para las consultas con los Estados Miembros en los comités regionales de la OMS en el 2017.

ASUNTOS PLANTEADOS POR LOS ESTADOS MIEMBROS EN LA 70.^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Marco de seguimiento y evaluación del RSI

5. El asunto principal sobre el cual los Estados Miembros expresaron criterios divergentes en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud fue el proyecto de marco de seguimiento y evaluación del RSI. El acta resumida de las deliberaciones se encuentra en el enlace de la nota al pie de página.³
6. La mayor parte de los Estados Miembros agradecieron el liderazgo de la OMS en la introducción de los componentes nuevos y voluntarios del marco de seguimiento y evaluación del RSI, incluida la evaluación externa conjunta, que algunos Estados Miembros consideran como una herramienta eficaz para adquirir las capacidades básicas requeridas de conformidad con el RSI. Esos Estados Miembros elogiaron la introducción del proceso de evaluación externa como “un paquete”, mediante el cual se planifica la evaluación a la par que se elaboran planes nacionales de acción para la preparación y respuesta de salud pública. Algunos Estados Miembros señalaron que la orientación técnica preparada por la Secretaría para el seguimiento y los informes sobre la aplicación del RSI debe basarse en la evidencia, ser neutral y no estar supeditada a influencias políticas. Algunos Estados Miembros subrayaron la necesidad de tener en cuenta los recursos regionales para tener acceso a las capacidades básicas, en particular en el contexto de los países pequeños, como los pequeños Estados insulares.
7. Cinco Estados Miembros expresaron reservas y preocupaciones sustanciales con respecto a la evaluación externa conjunta y el marco de seguimiento y evaluación, y han solicitado que se presenten instrumentos nuevos para el seguimiento, la evaluación y los informes a los órganos deliberantes de la OMS para su adopción. Un Estado Miembro también indicó que, para introducir evaluaciones externas y otros mecanismos nuevos que no están previstos en el RSI, podría ser necesario modificar el RSI. Otra inquietud se relacionó con la soberanía nacional, específicamente con el hecho de que la evaluación externa no se convirtiera en una condición previa para recibir asistencia financiera y técnica.

Integración de las capacidades básicas del RSI y sistemas de salud resilientes

8. Tras el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 resultó abrumadoramente evidente que los sistemas de salud fuertes y resilientes son un factor indispensable para el buen funcionamiento de las capacidades básicas del RSI. Los Estados Miembros reconocieron de manera unánime la importancia fundamental de contar con sistemas de salud fuertes y resilientes para la aplicación del RSI y la necesidad de integrar las capacidades básicas del RSI con las funciones esenciales de salud pública, en el marco de la cobertura universal de salud. Solicitaron a la Secretaría de la OMS que elaborara orientación específica sobre la forma de apoyar a los países, en particular los de pocos recursos, en la creación de sus capacidades básicas de acuerdo con el RSI. Se prevé que en el foro sobre la cobertura universal de salud que se realizará en diciembre del 2017, coauspiciado por Japón, la OMS y el Banco

³ http://apps.who.int/gb/s/s_wha70.html [será reemplazado por la versión definitiva cuando esté lista]

Mundial, se proporcionarán un marco y una hoja de ruta para establecer sistemas de salud resilientes encuadrando las capacidades básicas del RSI como funciones esenciales de salud pública de los sistemas de salud.

Otros temas

9. Se formularon otras observaciones e intervenciones relacionadas con la elaboración de los planes de acción nacionales, el apoyo a los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, la creación de herramientas para el sistema internacional de alerta temprana y la evaluación de riesgos. Estos elementos se abordarán en el plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública.
10. Muchos Estados Miembros plantearon también algunas cuestiones relativas a la investigación y el desarrollo en situaciones de emergencia, el intercambio de información y de muestras, y la administración y el funcionamiento general del Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS, pero esas cuestiones no se abordan en este documento porque la Secretaría de la OMS preparará documentos separados sobre estos temas para la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS CAPACIDADES BÁSICAS DEL RSI: MANDATOS Y TRABAJO TÉCNICO REALIZADO HASTA LA FECHA

11. El Reglamento Sanitario Internacional del 2005 es jurídicamente vinculante para los 196 Estados Partes, incluidos los 194 Estados Miembros de la OMS. Fue adoptado por la Asamblea de la Salud en mayo del 2005 y entró en vigor el 15 de junio del 2007. Después de la entrada en vigor del RSI, los Estados Partes tenían cinco años para desarrollar, reforzar y mantener “la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos [...] y presentar informes sobre ellos” y “responder con prontitud y eficacia a los riesgos para la salud pública y las emergencias de salud pública de importancia internacional”, incluida la capacidad necesaria en aeropuertos, puertos y pasos fronterizos terrestres designados, como se describe en anexo 1 del RSI. Para los Estados Partes que no pudieran cumplir estos requisitos mínimos en los primeros cinco años, en el RSI se preveían dos prórrogas de dos años (2012-2014 y 2014-2016) para su cumplimiento. La Secretaría de la OMS y sus asociados han proporcionado y siguen proporcionando apoyo técnico, pero alrededor de xx Estados Partes todavía no cuentan con las capacidades básicas requeridas de conformidad con el RSI.
12. De acuerdo con el artículo 54.1 del RSI, los “Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud”, que también comprende el seguimiento del estado de las capacidades básicas. En el 2008, la Asamblea de la Salud, por medio de la resolución WHA61.2, decidió que “los Estados Partes y el Director General informarán anualmente a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del Reglamento”. Mediante la resolución WHA61.2 también se solicitó a la Directora General que “someta cada año a la consideración de la Asamblea de la Salud un informe único que comprenda la información presentada por los Estados Partes e información sobre las actividades de la Secretaría”. En el 2009 y el 2010, el cuestionario en línea enviado por la Secretaría de la OMS se centró principalmente en los informes de los Estados Partes relacionados con el establecimiento y el funcionamiento de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI.⁴
13. En el 2010, la Secretaría de la OMS preparó una guía técnica para brindar apoyo a los Estados Partes en el cumplimiento de sus obligaciones con respecto a la presentación de informes de conformidad con el RSI (2005).⁵ En esta guía se proponía un proceso dirigido por los países para hacer una autoevaluación e informar sobre el estado de las capacidades básicas descritas en el anexo 1 del RSI. Posteriormente, la Secretaría elaboró un marco de seguimiento de las capacidades básicas del RSI.⁶ Este marco incluía una

⁴ Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Documentos A62/2 y A63/5.

⁵ WHO Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005) in accordance with Annex 1 of the IHR. WHO/HSE/IHR/2010.7. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf?ua=1.

⁶ IHR Core capacities monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development and implementation of the IHR core capacities in States Parties. WHO/HSE/GCR/2013.2. Se encuentra en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1.

lista de verificación y 28 indicadores que los Estados Partes usaron para hacer la autoevaluación e informar anualmente a la Asamblea de la Salud sobre el estado de ocho capacidades básicas y otras capacidades en puntos de entrada, al igual que sobre cuatro riesgos específicos abarcados en el Reglamento, es decir, los riesgos biológicos (zoonosis, inocuidad de los alimentos y otros riesgos infecciosos), químicos, radiológicos y nucleares. La herramienta de autoevaluación, llenada y presentada anualmente por los Estados Partes a la Secretaría de la OMS, constituyó la base para la compilación del informe de la Secretaría a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del RSI. Los puntajes de los Estados Partes relacionados con el estado de cada capacidad básica se incluyeron en el informe anual sobre la aplicación del RSI que la Secretaría presentó a la Asamblea Mundial de la Salud del 2011 al 2016.⁷ Desde el 2016, estos puntajes se publicaron en línea por medio del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.⁸

14. En el 2015, el Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI recomendó “pasar de la autoevaluación exclusiva a métodos que combinen la autoevaluación con el examen colegiado por expertos y con evaluaciones externas voluntarias con intervención de expertos tanto nacionales como independientes”.⁹ En la resolución WHA68.5 se instó a los Estados Miembros a que apoyaran la aplicación de las recomendaciones del Comité de Examen y a la OMS a que presentara una actualización a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud sobre el progreso realizado en relación con las recomendaciones del Comité de Examen. Posteriormente, la Secretaría de la OMS elaboró una nota conceptual en la cual se describía un nuevo enfoque para el seguimiento y la evaluación de las capacidades básicas del RSI.¹⁰ La nota conceptual fue analizada por los comités regionales de la OMS en el 2015, y en el 2016 se presentó un marco revisado de seguimiento y evaluación a la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, que tomó nota de dicho marco.¹¹
15. El marco de seguimiento y evaluación del RSI tiene cuatro componentes complementarios: los informes anuales obligatorios de los Estados Partes de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) y tres componentes voluntarios: la evaluación externa conjunta, el examen posterior a la acción y los ejercicios de simulación. Como parte de su función y mandato de conformidad con el RSI (artículo 44.2), la Secretaría de la OMS está creando herramientas técnicas para cada uno de los tres componentes voluntarios. A fin de mantener la coherencia y congruencia entre los diversos instrumentos, la Secretaría de la OMS examinará la herramienta para los informes anuales y se propondrá este instrumento revisado a los Estados Partes para la presentación de informes anuales en el futuro.
16. El Director General establecerá un grupo consultivo científico para orientar a la Secretaría con respecto a su labor de seguimiento e información sobre la aplicación y el cumplimiento del RSI. El grupo se establecerá de acuerdo con el *Reglamento de los cuadros y comités de expertos*¹² y contará con una representación amplia, incluidas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y todas las regiones geográficas.

PROPUESTA PARA AVANZAR CON EL PROCESO

17. En preparación para la formulación del plan estratégico mundial quinquenal solicitado en la decisión WHA70(11), la Secretaría de la OMS ha preparado este documento temático en el cual se pone de relieve la esfera del seguimiento y la evaluación de la aplicación del RSI como tema principal que debe ser objeto de

⁷ Documentos A64/9, A65/17, A66/16 y A66/16Add1, A67/35 y 67/35Add1, A68/22.

⁸ <http://www.who.int/gho/ihr>.

⁹ WHA68/2015/REC/1. Recomendaciones incluidas en el informe para la Directora General del Comité de Examen sobre las segundas prórrogas para establecer capacidades nacionales de salud pública y sobre la aplicación del RSI. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-sp.pdf.

¹⁰ Desarrollo, monitoreo y evaluación del funcionamiento de la capacidad básica para la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Nota conceptual. Se encuentra en http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407es.pdf?ua=1.

¹¹ Documento A69/20. Aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe anual sobre la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional (2005). Informe de la Directora General. Se encuentra en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-sp.pdf.

¹² Reglamento de los cuadros y comités de expertos. Se encuentra en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84471/1/s8.pdf>.

consultas adicionales. La finalidad de este documento, que incluye un proyecto de esquema anotado del plan estratégico mundial quinquenal en el anexo, es usarlo en las consultas en ocasión de las reuniones de los seis comités regionales entre agosto y octubre del 2017.

18. La Secretaría de la OMS también presentará este documento temático a los seis coordinadores regionales de los centros de enlace de las misiones permanentes en Ginebra en una sesión de información en julio del 2017. Además, la Secretaría de la OMS está planificando una consulta por internet sobre el documento temático entre mediados de julio y mediados de octubre del 2017.
19. Sobre la base del esquema del plan estratégico mundial quinquenal propuesto en el anexo y de los resultados de las consultas con los Estados Miembros que tendrán lugar en los comités regionales en el 2017, la Secretaría de la OMS ajustará el proyecto de plan y organizará una consulta formal presencial con los Estados Miembros en Ginebra (Suiza), el 2 y 3 de noviembre del 2017. La versión definitiva del plan estratégico mundial quinquenal se presentará al Consejo Ejecutivo en su 142.º reunión.

INTERVENCIÓN DE LOS COMITÉS REGIONALES

20. Se invita a los comités regionales a examinar el esquema anotado del plan estratégico mundial quinquenal y a proporcionar sus observaciones sobre el marco de seguimiento y evaluación del RSI.

ANEXO

ESQUEMA ANOTADO DE LA VERSIÓN PRELIMINAR DEL PLAN ESTRATÉGICO MUNDIAL QUINQUENAL PARA MEJORAR LA PREPARACIÓN Y RESPUESTA DE LA SALUD PÚBLICA

1. En este esquema anotado se aplican/recuperan los principios rectores presentados en el documento A70/16 y se proponen tres pilares estratégicos para la preparación y respuesta de salud pública para la aplicación sostenida del Reglamento Sanitario Internacional (2005). La meta es fortalecer las capacidades mundiales, regionales y nacionales en lo que respecta a la preparación, detección, evaluación y respuesta ante riesgos y emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.

Principios rectores del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública¹

Principio rector	Detalles
1. Consultas	<p>Proceso consultivo entre mayo y noviembre del 2017 por medio de los comités regionales, consultas por internet y reunión informativa con los coordinadores regionales de las misiones permanentes en Ginebra.</p> <p>Se hará una consulta formal de los Estados Miembros en Ginebra (Suiza), el 2 y 3 de noviembre del 2017.</p>
2. Implicación de los países	<p>La creación y el mantenimiento de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública del sistema de salud, a nivel nacional y subnacional, son responsabilidades primordiales de los gobiernos nacionales, teniendo en cuenta sus contextos nacionales sanitarios, sociales, económicos, de seguridad y políticos.</p>
3. Liderazgo y gobernanza de la OMS	<p>El Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS guiará la formulación y aplicación del plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública. La Secretaría de la OMS informará acerca de los progresos a los órganos deliberantes, en el marco de la presentación de informes periódicos sobre la aplicación y puesta en práctica del Reglamento Sanitario Internacional (2005).</p>
4. Alianzas amplias	<p>Muchos países solicitan asistencia técnica para evaluar, fortalecer y mantener sus capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Muchos asociados mundiales prestan apoyo a los países en las esferas de fortalecimiento de los sistemas de salud y la preparación y respuesta de salud pública. Según lo decidido por la 58.^a Asamblea Mundial de la Salud, la OMS coordinará sus actividades y cooperará, según proceda, con las siguientes entidades: Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Organismo Internacional de Energía Atómica, Organización de Aviación Civil Internacional, Organización Marítima Internacional, Comité Internacional de la Cruz Roja, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Asociación del Transporte Aéreo Internacional, Federación Naviera Internacional, y Oficina Internacional de las Epizootias. También se considerarán las posibilidades de cooperación con otros agentes no estatales y asociaciones de la industria pertinentes dentro del <i>Marco para la colaboración con agentes no estatales</i> de la OMS (conocido como FENSA por su sigla en inglés).</p>

¹ Véanse más detalles en el anexo 2 del documento A70/16.

<p>5. Enfoque intersectorial</p>	<p>La respuesta a los riesgos, eventos y emergencias de salud pública requiere un enfoque multisectorial coordinado (por ejemplo, con los sectores de agricultura y ganadería, transporte, turismo y finanzas). Muchos países ya cuentan con plataformas o mecanismos de coordinación sanitaria, entre ellos el enfoque de “Una salud”. El plan estratégico mundial quinquenal proporcionará orientación estratégica para la planificación de la preparación y la respuesta de salud pública en diversos sectores.</p>
<p>6. Integración con el sistema de salud</p>	<p>El brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 hizo que la seguridad sanitaria y la resiliencia de los sistemas de salud se incluyeran entre las máximas prioridades de la agenda para el desarrollo. Encuadrar las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI como funciones esenciales de salud pública reforzará la seguridad sanitaria y los sistemas de salud, y con ello la resiliencia de los sistemas de salud.</p>
<p>7. Participación comunitaria</p>	<p>La preparación eficaz de salud pública solo se puede lograr con la activa participación de los gobiernos locales, las organizaciones de la sociedad civil, los dirigentes locales y los ciudadanos particulares. Las comunidades deben comprometerse en su preparación y reforzarla para diversos tipos de emergencias, desde eventos locales o nacionales hasta pandemias y desastres.</p>
<p>8. Atención centrada en contextos frágiles</p>	<p>Si bien el Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS está apoyando a todos los países en sus actividades de preparación y respuesta ante riesgos, eventos y emergencias de salud pública, el punto central inicial será un grupo de países prioritarios en situación de fragilidad. En la selección de los países prioritarios se tendrá en cuenta una evaluación de las capacidades básicas nacionales y otras evaluaciones de riesgos, por ejemplo, las realizadas con la metodología INFORM.²</p>
<p>9. Integración regional</p>	<p>Sobre la base del plan estratégico mundial quinquenal, las oficinas regionales de la OMS elaborarán planes operativos regionales, teniendo en cuenta los marcos y mecanismos regionales existentes, entre ellos la estrategia regional para la seguridad sanitaria (estrategia de la Oficina Regional para África), la estrategia de Asia y el Pacífico para las enfermedades emergentes (marco estratégico común para las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental), Salud 2020 (marco normativo y estrategia para la Región de Europa), la Comisión Regional de Evaluación del Reglamento Sanitario Internacional (2005) establecida por el Comité Regional para el Mediterráneo Oriental y otras iniciativas regionales.</p>
<p>10. Financiación nacional</p>	<p>A efectos de lograr la sostenibilidad a largo plazo, la presupuestación y la financiación de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública se deberán apoyar en la medida de lo posible con recursos nacionales. La Secretaría de la OMS trabajará con los países para fomentar la asignación de recursos financieros nacionales al fortalecimiento y el mantenimiento de las funciones esenciales de salud pública en el contexto de los mecanismos nacionales de planificación y financiación.</p> <p>En los países que necesiten recursos externos sustanciales, la Secretaría de la OMS contribuirá al fortalecimiento de los mecanismos institucionales que permitan coordinar la cooperación internacional, sobre la base de los principios de la</p>

² El INFORM Index for Risk Management es un instrumento para entender el riesgo planteado por las crisis y los desastres humanitarios. Se encuentra en <http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717>.

	cooperación eficaz para el desarrollo (implicación de los países, atención centrada en los resultados, alianzas integradoras, transparencia y rendición de cuentas). ³
11. Vinculación del plan estratégico mundial quinquenal con los requisitos del RSI (2005)	El plan estratégico mundial quinquenal propondrá orientaciones estratégicas vinculadas a los requisitos pertinentes previstos en el RSI para los Estados Partes y la OMS, así como aspectos operacionales y técnicos voluntarios que no son requisitos impuestos por el Reglamento Sanitario Internacional (2005).
12. Atención centrada en los resultados, incluidos el seguimiento y la rendición de cuentas	El plan estratégico mundial quinquenal contará con su propio marco de seguimiento, con indicadores y plazos que se establecerán mediante el proceso de consultas y se utilizarán para la presentación de los informes anuales sobre los progresos a la Asamblea de la Salud.

Pilar estratégico 1 Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

2. En vista de las enseñanzas obtenidas en el brote de la enfermedad por el virus del Ébola en África Occidental en el 2014-2015 y en otros eventos recientes de salud pública, los Estados Partes deben centrarse en el establecimiento y mantenimiento de sistemas de salud resilientes y en encuadrar las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud. Al cumplir los requisitos para asegurar la rendición de cuentas mutua a nivel internacional con respecto a la aplicación del RSI, los países tienen que establecer mecanismos nacionales de seguimiento y evaluación como parte de sus sistemas de salud, que también facilitarán el seguimiento del estado de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública.
3. Será necesario considerar las implicaciones y los posibles avances en cuanto a la continuidad en ciertas capacidades de los países que serán consecuencia de la transición de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiéltis a una estrategia de poscertificación. La 70.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que “para el final de 2017, elabore un plan de acción estratégico para la transición que se presentará a la consideración de la 71.^a Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo en su 142.^a reunión, en el que... se determinen claramente las capacidades y los activos, especialmente a escala de país y, cuando proceda, de comunidad, necesarios para sostener los progresos realizados en otras áreas programáticas, como la vigilancia de enfermedades; la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud; la alerta temprana y la respuesta a las emergencias y los brotes epidémicos, incluidos el fortalecimiento y el mantenimiento de las capacidades básicas exigidas en el Reglamento Sanitario Internacional (2005)”.
4. Los Estados Partes tuvieron casi 10 años para establecer las capacidades básicas para prevenir, detectar, evaluar, informar y responder a riesgos, eventos y emergencias de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente, de conformidad con los requisitos del RSI. Los Estados Partes deben seguir estableciendo y manteniendo estas capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública de sus sistemas de salud para la aplicación eficaz del RSI, incluidas las capacidades relacionadas con los puntos de entrada.
5. En el caso de aquellos Estados Partes en los que los mecanismos nacionales de planificación, financiamiento, seguimiento y evaluación de sus sistemas de salud son subóptimos, la Secretaría de la OMS elaborará pautas a fin de facilitar el establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas, como funciones esenciales de salud pública, como parte del proceso continuo de evaluación y planificación y en consonancia con la estrategia nacional de salud. De manera análoga, la Secretaría de la OMS elaborará

³ Global Partnership for Effective Development Cooperation—principles. Se encuentra en <http://effectivecooperation.org/about/principles/>. Consultado el 1 de mayo de 2017.

pautas a fin de facilitar el enfoque nacional de la planificación y el financiamiento intersectoriales. La OMS elaborará pautas y proporcionará apoyo técnico a los países para elaborar estos planes. La formulación de los planes de acción nacionales debe hacerse en consonancia con las estrategias y los planes del sector de la salud y, en su elaboración y ejecución, se debe poner de relieve la coordinación de los múltiples sectores y asociados, como la OIE y la FAO de conformidad con el enfoque de “Una salud”. Dado que las capacidades básicas requeridas en el RSI abarcan varios sectores, el sector financiero y otros sectores deben formar parte del proceso de planificación para garantizar la coordinación intersectorial y la asignación de recursos financieros suficientes.

Pilar estratégico 2 Manejo de eventos y cumplimiento

6. La Secretaría de la OMS y los Estados Partes deben seguir cumpliendo sus obligaciones de conformidad con el RSI en relación con la detección, la evaluación, la notificación, la presentación de información y la respuesta a los riesgos para la salud pública y eventos que pudieran propagarse internacionalmente. Se deberá reforzar la función de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI por medio del asesoramiento técnico, procedimientos normalizados de trabajo, capacitación, intercambio de información y actividades para aprender de las enseñanzas.
7. La Secretaría de la OMS fortalecerá sus funciones para la vigilancia basada en eventos mediante la nueva plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) [inteligencia epidémica a partir de fuentes de acceso abierto] para la detección temprana y la evaluación de riesgos de los eventos de salud pública.
8. La Secretaría de la OMS fortalecerá su función de administración de los grupos de expertos establecidos para apoyar la aplicación y el cumplimiento del RSI, como la Lista de Expertos para el Comité de Emergencia y los Comités de Examen, el grupo consultivo científico y técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla y el grupo consultivo *ad hoc* sobre desinsectación de aeronaves para controlar la propagación internacional de enfermedades transmitidas por vectores. También avanzará en el establecimiento del Grupo Consultivo Técnico de Expertos en Peligros Infecciosos con las funciones que se describen en el anexo 3 del documento A70/16.
9. Un elemento fundamental para el funcionamiento óptimo del sistema mundial de alerta y respuesta es el cumplimiento por los Estados Partes de los requisitos del RSI en relación con las medidas que se toman en respuesta a riesgos y eventos de salud pública, incluso durante las emergencias de salud pública de importancia internacional. La Secretaría de la OMS, en cumplimiento del artículo 43, establecerá con los Estados Partes los procedimientos para la notificación, la recopilación, el seguimiento y la difusión sistemáticos de información relacionada con otras medidas de salud adoptadas por los Estados Partes. Asimismo, recopilará sistemáticamente información sobre medidas adicionales y solicitará la justificación de salud pública y las pruebas científicas para las medidas que interfieran considerablemente con el tránsito internacional.

Pilar estratégico 3 Medición del progreso y rendición de cuentas

10. Un elemento importante para la preparación y respuesta de la salud mundial es el seguimiento continuo del progreso en el establecimiento y el mantenimiento por los Estados Partes de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI, y la capacidad del sistema mundial para responder a eventos de salud pública que pudieran propagarse internacionalmente.
11. De acuerdo con el artículo 54.1 del RSI, “[l]os Estados Partes y el Director General informarán a la Asamblea de la Salud sobre la aplicación del presente Reglamento según decida la Asamblea de la Salud”. Esto abarca el seguimiento del estado de las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI. La frecuencia anual de los informes a la Asamblea de la Salud se estableció en la resolución WHA61.2. Desde el 2010, la Secretaría de la OMS ha propuesto una herramienta de autoevaluación, centrada exclusivamente en las capacidades básicas, para que los Estados Partes cumplan su obligación de informar anualmente a la Asamblea de la Salud. En cumplimiento del artículo 54 del RSI y de la resolución WHA68.5, como resultado de las consultas de los comités regionales de la OMS en el 2017, el plan estratégico mundial

quinquenal propondrá un marco revisado de seguimiento y evaluación del RSI para informar a la Asamblea de la Salud sobre el estado de la aplicación del RSI.

12. Entretanto, la Secretaría de la OMS seguirá proponiendo la herramienta de autoevaluación para la notificación anual introducida en el 2010 y al mismo tiempo responderá a las solicitudes de Estados Miembros que quieran usar instrumentos adicionales de seguimiento y evaluación como parte del marco de seguimiento y evaluación del RSI.
13. El plan estratégico mundial quinquenal contendrá indicadores y plazos para medir el progreso a nivel mundial y regional. La mayoría de las regiones ya tienen estrategias y marcos específicos que se tendrán en cuenta al adoptar el enfoque de seguimiento del plan estratégico mundial quinquenal.

Anexo B: Elaboração de um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, 1 de agosto de 2017



Documento informativo

WHE/CPI/IHR
1 de agosto de 2017

Elaboração de um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública

Consulta aos Estados Membros

RESUMO

1. Este documento foi preparado para realizar uma consulta aos Estados Membros nas sessões dos comitês regionais em 2017 a fim de elaborar um anteprojeto do plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, conforme a decisão WHA70(11) (2017). Contém uma análise das questões formuladas pelos Estados Membros na Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (2005), dos mandatos e do trabalho técnico realizado pelo Secretariado quanto ao monitoramento e à avaliação da capacidade básica necessária exigida nos termos do RSI e uma proposta de rumo a seguir no processo consultivo para elaborar um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal. O Anexo a este documento expõe os princípios norteadores e os pilares propostos pelo Secretariado para o plano estratégico global quinquenal.

ANTECEDENTES

2. Em resposta à decisão WHA69(14) (2016), o Secretariado da OMS elaborou um anteprojeto de plano global de implementação das recomendações do Comitê de análise do papel do RSI (2005) no surto e resposta ao Ebola. A versão definitiva do plano global de implementação foi apresentada à Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017,¹ na 140ª sessão do Conselho Executivo, em janeiro de 2017. Neste documento foram incorporadas as propostas obtidas em extensas consultas realizadas com os seis comitês regionais e estabelecidas seis áreas de ação para pôr em prática as recomendações do Comitê

¹ Documento A70/16.

de análise e 12 princípios norteadores para o plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública.

3. A Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde tomou nota do relatório contendo o plano global de implementação e, por meio da decisão WHA70(11), solicitou à Diretora-geral, “que elaborasse, por meio de consulta plena com os Estados Membros, em particular com os comitês regionais, um anteprojeto de plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, fundamentado nos princípios norteadores expostos no Anexo 2 do documento A70/16, a ser apresentado para análise e adoção pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, na 142ª sessão do Conselho Executivo”.

ASSUNTOS EXAMINADOS PELOS ESTADOS MEMBROS RELATIVOS À IMPLANTAÇÃO DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005) NA SEPTUAGÉSIMA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE

Estrutura de monitoramento e avaliação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

4. O assunto principal sobre o qual os Estados Membros expressaram pontos de vista divergentes na Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde foi a estrutura proposta de monitoramento e avaliação do RSI.²

5. A maioria dos Estados Membros agradeceu a liderança do Secretariado ao implementar os componentes novos e voluntários da estrutura de monitoramento e avaliação do RSI, inclusive a avaliação conjunta externa. Alguns Estados Membros consideraram ser uma ferramenta potente para efetivamente adquirir a capacidade básica exigida nos termos do RSI (2005). Eles também elogiaram o fato de o processo de avaliação externa ser realizado como um “pacote”, em que a avaliação é planejada junto com a formulação de planos de ação nacionais para a prontidão e a resposta para situações de saúde pública. Alguns Estados Membros ressaltaram que a assessoria técnica desenvolvida pelo Secretariado para monitoramento e informes relacionados à implantação do RSI deveria ter fundamentação científica, ser imparcial e jamais estar sujeita a influências políticas. Também destacaram a necessidade de levar em consideração os recursos regionais para alcançar a capacidade básica exigida nos termos do RSI, em particular no contexto dos países pequenos, como os pequenos Estados insulares.

6. Alguns Estados Membros manifestaram grande reserva e preocupação quanto à avaliação conjunta externa e à estrutura de monitoramento e avaliação do RSI. Eles solicitaram que os novos instrumentos para monitoramento, avaliação e informes fossem apresentados para análise e adoção pelos órgãos diretivos da OMS. Outros atentaram ao fato de que introduzir avaliações externas e outros mecanismos novos não previstos possivelmente iriam requerer emendas ao RSI. Outro ponto levantado se referiu à soberania nacional, sendo ressaltado que a avaliação externa não deveria ser pré-condição para obter auxílio financeiro e técnico.

Integração entre a capacidade básica exigida nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e sistemas de saúde resilientes

² Ver as atas resumidas provisórias da Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde, Comitê A, primeira, segunda, quarta e sétima sessões).

7. Após o surto do vírus Ebola na África Ocidental em 2014 e 2015, chegou-se à notável constatação de que sistemas de saúde sólidos e resilientes são fundamentais para o bom funcionamento da capacidade básica exigida nos termos do RSI. Os Estados Membros foram unânimes em reconhecer a suma importância de dispor de sistemas de saúde sólidos e resilientes ao implantar o RSI e a necessidade de integrar a capacidade básica exigida nos termos do RSI às funções essenciais da saúde pública, em um enquadramento de cobertura universal de saúde. Solicitaram ao Secretariado que fossem preparadas orientações específicas sobre como os países, em particular os que dispunham de recursos limitados, poderiam receber apoio para estruturar a própria capacidade básica exigida nos termos do RSI. Espera-se que o fórum sobre cobertura universal de saúde a ser realizado em dezembro de 2017, organizado conjuntamente pelo Banco Mundial, OMS, UNICEF, UHC2030, Governo do Japão e Agência de Cooperação Internacional do Japão,³ possa prover um modelo e guia para organizar sistemas de saúde resilientes fundados na capacidade básica exigida nos termos do RSI (2005) como funções essenciais da saúde pública dos sistemas de saúde.

Outros assuntos

8. Outras observações foram feitas quanto à elaboração de planos de ação nacionais para a prontidão e a resposta para situações de saúde pública, ao apoio aos centros de coordenação nacionais do RSI e ao desenvolvimento de ferramentas para um sistema internacional de alerta precoce e avaliação de riscos.

9. Vários Estados Membros levantaram questões relativas à pesquisa e desenvolvimento em situações de emergência, compartilhamento de dados e amostras e gestão e funcionamento geral do Programa de Emergências de Saúde da OMS, mas elas não são tratadas neste documento, pois serão abordadas em relatórios separados sobre o Programa de Emergências Sanitárias da OMS à Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em 2018.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE BÁSICA EXIGIDA NOS TERMOS DO REGULAMENTO SANITÁRIO INTERNACIONAL (2005): MANDATOS E TRABALHO TÉCNICO REALIZADO ATÉ O MOMENTO

10. O RSI (2005) é juridicamente vinculante para os 196 Estados Partes, incluindo todos os 194 Estados Membros da OMS. Adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2005,⁴ entrou em vigor em 15 de junho de 2007. Após passar a vigorar, os Estados Partes teriam um prazo de cinco anos para “desenvolver, fortalecer e manter (...) as capacidades para responder pronta e eficazmente a riscos para a saúde pública e a emergências em saúde pública de importância internacional”,⁵ inclusive para cumprir com os requisitos de garantir a capacidade básica para aeroportos, portos e pontos de travessia terrestre de fronteiras designados, como estabelecido no Anexo 1 do RSI. Para os Estados Partes que não conseguissem cumprir com esses requisitos mínimos nos primeiros cinco anos, estavam previstas no RSI duas

³ Ver

https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Upcoming_events/UHC_Forum_2017/Flyer_for_UHC_Forum_2017.pdf (consultado em 20 de julho de 2017).

⁴ Ver resolução WHA58.3 (2005).

⁵ Regulamento Sanitário Internacional (2005) – 3ª edição. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016. Artigo 13.1.

prorrogações de dois anos do prazo (2012–2014 e 2014–2016) para terem tempo suficiente para cumprir com os requisitos.

11. O Artigo 54.1 do RSI estabelece que “os Estados Partes e o Diretor-geral enviarão relatórios à Assembleia de Saúde sobre a implementação deste Regulamento, conforme decidido pela Assembleia de Saúde”, que também abrange o monitoramento da situação da capacidade básica. Em 2008, a Assembleia Mundial da Saúde, por meio da resolução WHA61.2, decidiu que “os Estados Partes e o Diretor-geral enviarão relatórios anuais à Assembleia da Saúde sobre a implementação do RSI”. Nesta resolução também é solicitado ao Diretor-geral “enviar anualmente para análise da Assembleia Mundial da Saúde um único relatório contendo as informações repassadas pelos Estados Partes e informando as atividades do Secretariado.” Em 2008 e 2009, foi enviado pelo Secretariado um questionário aos Estados Partes com ênfase nos processos informados relacionados ao estabelecimento e funcionamento dos centros de coordenação nacionais do RSI.⁶

12. Em 2010, o Secretariado elaborou e divulgou aos Estados Partes um guia técnico para o monitoramento da capacidade básica,⁷ com um questionário de preenchimento voluntário para informar sobre a situação de implantação do RSI. Este modelo incluía uma lista de conferência e 20 indicadores sobre a situação de implantação de oito componentes da capacidade básica e outros componentes da capacidade em pontos de entrada e quatro riscos específicos abrangidos pelo RSI, i.e., riscos biológicos (doenças zoonóticas, inocuidade dos alimentos e outros riscos infecciosos), químicos, radiológicos e nucleares. O instrumento de autoavaliação, preenchido e enviado anualmente pelos Estados Partes ao Secretariado (de 2010 a 2017), constituiu a base para o Secretariado preparar o relatório sobre a implantação do RSI, apresentado à Assembleia da Saúde. Pontuações específicas para os Estados Partes relacionadas à situação de cada capacidade básica foram incluídas no relatório anual sobre a implantação, preparado e apresentado pelo Secretariado à Assembleia Mundial da Saúde de 2013 a 2015.⁸ A partir 2015 as pontuações passaram a ser divulgadas online no Observatório de Saúde Global da OMS.⁹

13. Em 2015, o Comitê de análise das prorrogações do prazo para instituir capacidade nacional de saúde pública e da implantação do RSI recomendou ao Secretariado que fossem elaboradas opções para “passar da autoavaliação exclusiva a métodos que combinam a autoavaliação, revisão por pares e avaliações externas voluntárias com a participação conjunta de especialistas nacionais e independentes”.¹⁰ Na resolução WHA68.5 (2015), os Estados Membros foram instados a dar apoio à implantação das recomendações do Comitê de análise e foi solicitado à Diretora-geral a informar a Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde sobre o progresso realizado para pôr em prática estas recomendações. O Secretariado posteriormente preparou uma nota conceitual na qual expunha um novo enfoque para o monitoramento e a avaliação da capacidade básica exigidos nos termos do RSI.¹¹ Os comitês regionais debateram a nota em 2015 e uma estrutura de monitoramento e avaliação revista foi apresentada à Sexagésima Nona Assembleia Mundial da Saúde em 2016, que tomou nota a respeito.¹²

⁶ Ver documentos A62/6 e A63/5.

⁷ IHR core capacity monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Disponível em inglês em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1 (consultado em 17 de julho de 2017).

⁸ Documentos A64/9, A65/17, A66/16 e A66/16 Add.1, A67/35 e A67/35 Add.1 e A68/22.

⁹ Ver <http://www.who.int/gho/ihr> (consultado em 17 de julho de 2017).

¹⁰ Ver WHA68/2015/REC/1, Anexo 2.

¹¹ Desenvolvimento, monitoramento e avaliação do funcionamento da capacidade básica para implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005). Nota conceitual. Disponível em inglês em: http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/ (consultado em 17 de julho de 2017).

¹² Ver documento A69/20.

14. A estrutura de monitoramento e avaliação do RSI revista, apresentada à Assembleia Mundial da Saúde em 2016, engloba quatro componentes complementares: informes anuais obrigatórios preparados pelos Estados Partes em conformidade com a resolução WHA61.2 (2008) sobre a implantação do RSI, e três componentes voluntários englobando a avaliação externa conjunta, a análise pós-ação e/ou exercícios de simulação. Como parte da própria função e mandato nos termos do RSI,¹³ o Secretariado está desenvolvendo ferramentas técnicas para cada um dos três componentes voluntários. A estrutura de monitoramento e avaliação do RSI constitui parte importante do pilar 3 do anteprojeto do plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública (ver Anexo neste documento).

PROPOSTA DE RUMO A SEGUIR NO PROCESSO CONSULTIVO PARA A ELABORAÇÃO DO ANTEPROJETO DO PLANO ESTRATÉGICO GLOBAL QUINQUENAL

15. O presente documento destaca a área de monitoramento e avaliação da implantação do RSI como principal assunto a ser examinado em outra consulta em preparação para a elaboração do anteprojeto do plano estratégico global quinquenal.

16. Além de consultar os Estados Membros nas sessões dos comitês regionais em agosto e outubro de 2017, o Secretariado também está planejando uma consulta pela internet sobre o documento entre meados de agosto e outubro de 2017.

17. O Secretariado se baseará nos comentários feitos pelos Estados Membros nas sessões dos comitês regionais para aprimorar o anteprojeto do plano. Também organizará uma consulta presencial com os representantes dos Estados Membros nos centros de coordenação da missão sediada em Genebra. A consulta está prevista para ser realizada em Genebra, em novembro de 2017. A versão atualizada do anteprojeto do plano estratégico global quinquenal será apresentada ao Conselho Executivo na sua 142^a sessão em 2018.

AÇÃO DOS COMITÊS REGIONAIS

18. Solicita-se aos comitês regionais que examinem os princípios norteadores e os pilares do plano estratégico global quinquenal e façam observações sobre a estrutura de monitoramento e avaliação do RSI.

¹³ Resolução WHA58.3 (2005), Artigo 44.2 e Anexo 1.

ANEXO

PLANO ESTRATÉGICO GLOBAL QUINQUENAL PARA MELHORAR A PRONTIDÃO E A RESPOSTA PARA SITUAÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA: PRINCÍPIOS NORTEADORES E PILARES

Neste anexo são revisados os princípios norteadores expostos no documento A70/16 e propostos três pilares para a prontidão e a resposta para situações de saúde pública. A meta do plano é reforçar a capacidade aos níveis global, regional e nacional para estar de prontidão, detectar, avaliar e responder aos riscos para a saúde pública e situações de emergência com potencial de propagação internacional. Os princípios norteadores são apresentados no quadro a seguir.

Quadro. Princípios norteadores para o plano estratégico global quinquenal para melhorar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública¹

Princípio norteador	Pormenores explicativos
1. Consulta	Processo consultivo a ser realizado de maio a novembro de 2017 com os comitês regionais e consulta pela internet. Uma consulta formal aos Estados Membros nos centros de coordenação da missão sediada em Genebra está prevista para ser realizada em Genebra, em novembro de 2017.
2. Implicação para os países	Estruturar e sustentar a capacidade básica exigida nos termos do RSI (2015) como funções essenciais da saúde pública dos sistemas de saúde aos níveis nacional e subnacional é de responsabilidade principalmente dos governos nacionais, levando em consideração o contexto de saúde nacional e os contextos socioeconômicos, políticos e de segurança.
3. Liderança e governança da OMS	O Programa de Emergências de Saúde da OMS será responsável por conduzir a elaboração e a implantação do plano estratégico global quinquenal. O Secretariado da OMS informará sobre o progresso nas reuniões dos órgãos diretivos nos informes periódicos sobre a aplicação e a implantação do RSI (2005).
4. Parcerias amplas	Diversos países precisam de apoio técnico para avaliar, estruturar e sustentar a capacidade básica exigida nos termos do RSI como funções essenciais da saúde pública dos sistemas de saúde. Vários parceiros globais prestam apoio aos países para o fortalecimento dos sistemas de saúde e a prontidão e a resposta para situações de saúde pública. De acordo com decisão da Quinquagésima Oitava Assembleia Mundial da Saúde, a OMS oferecerá cooperação e fará a coordenação das atividades, se pertinente, junto com: Nações Unidas, OIT, FAO, AIEA, OACI, OMI, Comitê Internacional da Cruz Vermelha, Federação Internacional das

¹ Segundo o documento A70/16, Anexo 2.

Princípio norteador	Pormenores explicativos
	Sociedades da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho, IATA, Federação Internacional de Armadores e OIE. A cooperação com outros atores não estatais relevantes e associações da indústria também será considerada dentro da Estrutura de envolvimento de atores não estatais.
5. Enfoque intersectorial	A resposta aos riscos, eventos e situações de emergência de saúde pública requer um enfoque multissetorial coordenado (por exemplo, com os setores da agricultura, transporte, turismo e fazenda). Muitos países dispõem de mecanismos ou plataformas de coordenação em saúde, como o conceito “Uma Saúde” (One Health). O plano estratégico global quinquenal dará orientação estratégica para planejar a prontidão e a resposta para situações de saúde pública nos diversos setores.
6. Integração com o sistema de saúde	O surto do vírus Ebola na África Ocidental em 2014 e 2015 fez com que fossem priorizadas a segurança sanitária e a resiliência dos sistemas de saúde na agenda de desenvolvimento. Enquadrar a capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI como funções essenciais da saúde pública reforçará a segurança sanitária e os sistemas de saúde mutuamente, resultando em sistemas de saúde resilientes.
7. Participação da comunidade	Prontidão efetiva para situações de saúde pública somente é alcançada com a participação ativa dos governos locais, organizações da sociedade civil, líderes locais e cidadãos. As comunidades devem assumir a responsabilidade pela prontidão e reforçá-la nas diversas situações de emergência, de eventos locais ou nacionais a pandemias e desastres.
8. Ênfase em contextos de fragilidade	Apesar de o Programa de Emergências de Saúde da OMS apoiar todos os países nos esforços de prontidão e resposta para riscos, eventos e situações de emergências de saúde pública, inicialmente será dada atenção a um grupo de países prioritários em situação de fragilidade. Para identificar os países prioritários, será levada em consideração uma avaliação da capacidade básica nacional, assim como outras avaliações de riscos, por exemplo, com o uso da metodologia INFORM. ²
9. Integração regional	Com base no plano estratégico global quinquenal, os escritórios regionais da OMS elaborarão planos operacionais regionais levando em consideração as estruturas e os mecanismos regionais existentes como a Estratégia regional para segurança sanitária e emergências 2016–2020 (estratégia do Escritório Regional para África); ³ a Estratégia do Pacífico Asiático para Doenças Emergentes e Emergências de Saúde Pública (APSED III) (marco estratégico comum para as regiões do Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental); ⁴ Health 2020 (marco estratégico e de

² O INFORM Índice para Gestão de Riscos é um instrumento para conhecer o risco de crises humanitárias e desastres. Disponível em inglês em: <http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717> (consultado em 17 de julho de 2017).

³ Ver <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/afr-rc66-6-en-2107.pdf> (consultado em 20 de julho de 2017).

⁴ Ver http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1 (consultado em 20 de julho de 2017).

Princípio norteador	Pormenores explicativos
	políticas para a Região da Europa); ⁵ a Comissão regional de avaliação do RSI (2005) instituída pelo Comitê Regional para o Mediterrâneo Oriental, ⁶ e outros enfoques regionais.
10. Financiamento nacional interno	Para a sustentabilidade a longo prazo, a orçamentação e o financiamento da capacidade básica exigida nos termos do RSI como funções essenciais da saúde pública devem ser mantidos na medida do possível por recursos nacionais. O Secretariado da OMS trabalhará com os países para incentivar a alocação dos recursos financeiros nacionais para estruturar e sustentar as funções essenciais da saúde pública no panorama dos mecanismos nacionais existentes de planejamento e financiamento. Nos países em que existe necessidade de obter um grande volume de recursos externos, o Secretariado prestará apoio para reforçar os mecanismos institucionais a fim de coordenar a cooperação internacional de acordo com os princípios de cooperação eficaz para o desenvolvimento (implicação para os países, ênfase nos resultados, parcerias inclusivas, transparência e responsabilidade). ⁷
11. Vinculação do plano estratégico global quinquenal aos requisitos do RSI (2005)	O plano estratégico global quinquenal proporá rumos estratégicos com vinculados aos requisitos do RSI relevantes para os Estados Partes e para a OMS, assim como aspectos operacionais e técnicos voluntários que não são requisitos nos termos do RSI.
12. Ênfase nos resultados, inclusive no monitoramento e responsabilidade	O plano estratégico global quinquenal terá uma estrutura própria de monitoramento, incluindo indicadores e cronogramas, a ser elaborada por processo consultivo e usada no informe anual à Assembleia da Saúde sobre o progresso.

Pilares

1. Estruturar e sustentar a capacidade básica dos Estados Partes exigidas nos termos do Regulamento Sanitário Internacional (2005)

- a. Diante dos ensinamentos do surto do vírus Ebola na África Ocidental em 2014 e 2015 e outros eventos recentes de saúde pública, os Estados Partes devem se concentrar em estruturar e sustentar sistemas de saúde resilientes e enquadrar a capacidade básica como funções essenciais da saúde pública dos próprios sistemas de saúde. Apesar de cumprir com os requisitos para assegurar a responsabilidade mútua ao nível internacional no que se refere à aplicação e à implantação do RSI, os países precisam instituir mecanismos internos nacionais de monitoramento e avaliação como parte dos sistemas de saúde, que também facilitarão o monitoramento da situação da capacidade básica como funções essenciais da saúde pública.

⁵ Ver http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 (consultado em 20 de julho de 2017).

⁶ Ver http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_EN.pdf?ua=1 (consultado em 20 de julho de 2017).

⁷ Global Partnership for Effective Development Cooperation – principles. Disponível em inglês em: <http://effectivecooperation.org/about/principles/> (consultado em 17 de julho de 2017).

- b. Será preciso considerar as implicações e os possíveis ganhos em termos da conservação de determinadas competências do país resultantes da transição da Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite rumo a uma estratégia pós-certificação. A Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde solicitou à Diretora-geral, entre outros, “que fosse elaborado um plano de ação estratégico para a transição da poliomielite ao fim de 2017, a ser apresentado para análise pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde, ao Conselho Executivo na sua 142ª sessão, a fim de: (i) identificar claramente as competências e os pontos fortes, sobretudo ao nível do país e, se pertinente, da comunidade, necessários para sustentar o progresso em outras áreas programáticas como vigilância de doenças, vacinação e fortalecimento de sistemas de saúde, alerta precoce e resposta a emergências e surtos, inclusive reforçando e sustentando a capacidade básica exigida nos termos do RSI (2005)”.⁸
- c. Os Estados Partes tiveram um pouco mais de 10 anos para implantar a capacidade básica de prevenir, detectar, avaliar, informar e responder aos riscos, eventos e emergências de saúde pública com potencial para propagação internacional, de acordo com os requisitos do RSI. Os Estados Partes devem prosseguir estruturando e sustentando a capacidade básica como funções essenciais da saúde pública dos próprios sistemas de saúde para a implantação efetiva do RSI, incluindo competências relativas aos pontos de entrada.
- d. No caso de Estados Partes que possuem mecanismos nacionais de planejamento, financiamento e monitoramento e avaliação dos sistemas de saúde abaixo do ideal, o Secretariado dará orientação para facilitar estruturar e sustentar a capacidade básica como funções essenciais da saúde pública, como parte do processo contínuo de avaliação e planejamento e em conformidade com a estratégia nacional de saúde. De modo semelhante, ele dará orientação para facilitar o enfoque nacional ao planejamento e financiamento intersetoriais e dará orientação e prestará apoio técnico aos países para preparar esses planos. A organização dos planos de ação nacionais deve estar alinhada com estratégias e planos do setor da saúde, e, ao serem preparados e implantados, devem por ênfase na coordenação dos diversos setores e parceiros, como OIE e FAO, com o enfoque “Uma Saúde” (One Health). Visto que a capacidade básica exigida nos termos do RSI engloba vários setores, o setor financeiro e outros setores devem fazer parte do processo de planejamento para assegurar a coordenação intersetorial e alocações financeiras adequadas.

2. Gerenciamento de eventos e cumprimento

- a. O Secretariado e os Estados Partes devem continuar cumprindo com as suas obrigações de acordo com o RSI para detecção, avaliação, notificação e informe sobre a resposta aos riscos e eventos de saúde pública com potencial para propagação internacional. O papel dos centros de coordenação nacionais do RSI terá de ser reforçado por meio de orientação técnica, procedimentos operacionais padrão, capacitação, intercâmbio de informações e atividades sobre os ensinamentos obtidos com a experiência.
- b. O Secretariado reforçará suas funções de vigilância de eventos com o uso da recém-desenvolvida plataforma Epidemic Intelligence from Open Sources (EIOS) (inteligência epidêmica a partir de fontes de livre acesso) para detecção precoce e avaliação de riscos de eventos de saúde pública.
- c. O Secretariado reforçará sua atuação ao gerir os grupos assessores de especialistas criados para dar apoio à aplicação e implantação e ao cumprimento do RSI, ou seja, o rol de especialistas para figurar nos comitês de emergência e de análise, o grupo assessor científico e técnico em mapeamento geográfico do risco de febre amarela e o grupo assessor ad hoc em desinsetização de aeronaves para o controle da propagação internacional de doenças transmitidas por vetores. Também procurará instituir o grupo técnico assessor de especialistas em riscos infecciosos, segundo a versão preliminar dos termos de referência contida no Anexo 3 do documento A70/16.

⁸ Ver decisão WHA70(9).

- d. Um aspecto crucial para o funcionamento ideal do sistema de alerta global e resposta é o cumprimento pelos Estados Partes dos requisitos do RSI no que se refere às medidas de saúde tomadas em resposta aos riscos e eventos de saúde pública, inclusive durante emergências de saúde pública de importância internacional. O Secretariado, em cumprimento do Artigo 43 do RSI, passará informações aos Estados Partes sobre outras medidas de saúde tomadas por eles, coletará dados sobre outras medidas e, no caso de medidas que interfiram consideravelmente no tráfego internacional em conformidade com o Artigo 43, informará os outros Estados Partes sobre a justificação do ponto de vista da saúde pública e as evidências científicas para instituir tais medidas.

3. Mensuração do progresso e responsabilidade

- a. Um aspecto importante para a prontidão e a resposta para situações de saúde global é o monitoramento contínuo do progresso dos Estados Partes em instituir e sustentar a capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI, e na capacidade do sistema global de responder aos eventos de saúde pública com potencial de propagação internacional.
- b. Artigo 54.1 do RSI estabelece que os “os Estados Partes e o Diretor-Geral enviarão relatórios à Assembleia de Saúde sobre a implementação deste Regulamento, conforme decidido pela Assembleia de Saúde”. Isso também abrange o monitoramento da situação da capacidade básica descrita no Anexo 1 do RSI. A frequência anual de informes à Assembleia Mundial da Saúde foi determinada pela Sexagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em 2008.⁹ A partir de 2010, o Secretariado propôs o uso de um instrumento de autoavaliação, com foco exclusivo na capacidade básica, para que os Estados Partes cumpram com a obrigação de informar anualmente a Assembleia da Saúde. Em cumprimento ao Artigo 54 do RSI sobre informes e análise e à resolução WHA68.5 (2015) sobre as recomendações do Comitê de análise das prorrogações para instituir a capacidade básica nacional de saúde pública e sobre a implantação do RSI, e como resultado das consultas aos comitês regionais em 2017, o plano estratégico global quinquenal incluirá a proposta de uma estrutura de monitoramento e avaliação do RSI revista para informar a Assembleia Mundial da Saúde sobre a situação de aplicação e implantação do RSI.
- c. Neste interim, o Secretariado continuará propondo o instrumento de informe anual por autoavaliação, introduzido em 2010, e ao mesmo tempo responderá às solicitações dos Estados Membros que quiserem implantar outros instrumentos de monitoramento e avaliação como parte da estrutura de monitoramento e avaliação do RSI. Como mencionado no documento A70/16, anotado pela Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde em 2017, a fim de garantir a coerência e a congruência entre os diversos instrumentos, o Secretariado examinará o instrumento de informes anuais e a versão revista será proposta aos Estados Partes para uso em informes anuais futuros.
- d. El plano estratégico global quinquenal incluirá indicadores e cronogramas para mensurar o progresso ao nível global e regional. A maioria das regiões dispõe de estratégias e estruturas específicas que serão levadas em consideração ao desenvolver o enfoque de monitoramento para o plano estratégico global quinquenal.

⁹ Ver resolução WHA61.2 (2008).

Anexo C: Lista de Participantes

Consulta Regional Formal sobre el Reglamento Sanitario Internacional

São Paulo, Brasil, 17-19 de julio del 2017

Lista de Participantes

List of Participants

Nombre		Pais	E-mail
Name		Country	
Walter Percival	Christopher	Antigua and Barbuda	walter.p.christopher@gmail.com
James Edwin	Knight	Antigua and Barbuda	nitejam@hotmail.com
Jorgelina	Constanzi	Argentina	jorgelina_costanzi@yahoo.com.ar
María	Mesplet	Argentina	mmesplet@msal.gov.ar / rsiargentinasal@gmail.com

Pearl Denette	McMillan	Bahamas	pearlmcmillan@bahamas.gov.bs
Marvin	Manzanero	Belize	dhs@health.gov.bz
Russell	Manzanero	Belize	rmanzanero@health.gov.bz
Jhovana	Huanca Quispe	Bolivia	jhovana_cu@hotmail.com
Lidia Amalia	Mendez Sáenz	Bolivia	amendez1968@hotmail.com
Andressa	Bolzan Degaut	Brazil	andressa.degaut@saude.gov.br
Marcio Henrique	De Oliveira Garcia	Brazil	marcio.garcia@saude.gov.br
Rodrigo Matias	de Souza	Brazil	rodrigo.mesande@saude.gov.br
Greice Madeleine	Do Carmo	Brazil	greice.madeleine@saude.gov.br
Eduardo	Hage Carmo	Brazil	eduardohage@isags-unasur.org
Marilla	Lavocat Nunes	Brazil	marilia.lavocat@saude.gov.br
Indiara	Meira Goncalves	Brazil	indiara.goncalves@saude.gov.br
Rodolfo	Navarro Nunes	Brazil	rodolfo.nunes@anvisa.gov.br
Joao Paulo	Toledo	Brazil	joao.toledo@saude.gov.br

Katharine	Acs-Charter	Canada	katharine.acscharter@phac-aspc.gc.ca
Sergio	Loayza	Chile	sloayza@minsal.cl
Patricia	Salvadó	Chile	patricia.salvado@minsal.cl
Sandra	Girón	Colombia	sgiron@minsalud.gov.co
Carlos	Salguero Mendoza	Costa Rica	carlos.salguero@misalud.go.cr
Shalauddin	Ahmed	Dominica	ahmeds@dominica.gov.dm
José Luis	Cruz Raposo	Dominican Republic	josecru@gmail.com
Hector	Quezada	Dominican Republic	drhquezada@gmail.com
Iván	Cantos	Ecuador	ivan.cantos@msp.gov.ec / cantosivan86@gmail.com
Andrés	Román	Ecuador	andres.roman@msp.gov.ec
Lilian Angelica	Cruz	El Salvador	lcruz@salud.gob.sv
Oscar René	Sorto Rubio	El Salvador	osorto@salud.gob.sv
Bowen Wesley	Louison	Grenada	bowen.louison88@gmail.com
George Winston	Mitchell	Grenada	mitgeogw@gmail.com

Mario	Chang	Guatemala	chang.dr@gmail.com
Joshua Ignatius	DaSilva	Guyana	joshuaignatiusdasilva23@gmail.com
Lesly Liverdieu	Andrecy	Haiti	alesly2004@yahoo.fr
Gerard	Joseph	Haiti	gerardajo944@gmail.com / gajo09@yahoo.fr
Roberto	Cosenza	Honduras	dgriss.16@gmail.com
Diana	Nunez	Honduras	uvs@salud.gob.hn
Jacqueline	Bissassor Mckenzie	Jamaica	mckenziej@moh.gov.jm / drjmckenzie@gmail.com
Nicole	Lowe Fahmi	Jamaica	fahmin@moh.gov.jm
Ana Lucia	de La Garza	Mexico	ana.delagarza@salud.gob.mx / anadelagarza.dge@gmail.com
Miguel Alberto	Molina	Mexico	miguel.molinau17@gmail.com / miguel.molina@salud.gob.mx
Octavio	Chávez	Nicaragua	xe1s67-chi@minsa.gob.ni / ochave0@gmail.com
Luis Iván	Gutierrez	Nicaragua	vigepi@minsa.gob.ni
Israel	Cedeño	Panama	icedeno@minsa.gob.pa
Cecilio	Tejeira	Panama	ctejeira@minsa.gob.pa

María Agueda	Cabello Sarubi	Paraguay	aguedacabello@gmail.com
Andrea	Ojeda	Paraguay	andy_bio2006@hotmail.com
Manuel Jesús	Loayza Alarico	Peru	mloayza@dge.gob.pe / mloayzaa@yahoo.com
Mirtha Gabriela	Soto Cabezas	Peru	gsoto@dge.gob.pe
Gemma	Chery	Saint Lucia	slugems@yahoo.com
Parker	Ragnanan	Saint Lucia	parker.ragnanan@health.gov.lc
Radjesh	Ramadhin	Suriname	rjramadhin@gmail.com
Edith	Tilon	Suriname	edith.tilon@health.gov.sr
Adelle-Lisa	Chang On	Trinidad and Tobago	adelle.chin@health.gov.tt
Amy	Dubois	United States	duboisae@state.gov
Jack	Herrmann	United States	jack.herrmann@hhs.gov
Christopher	Perdue	United States	christopher.perdue@hhs.gov
Cody	Thornton	United States	cody.thornton@hhs.gov
Laura	Solá	Uruguay	lsola@msp.gub.uy

Carmen	Dolea	WHO-OMS	doleac@who.int
Ximena	Aguilera	PAHO/WHO-OPS/OMS	xaguilera@udd.cl
Lara	Daibert	PAHO/WHO-OPS/OMS	laradaibert@gmail.com
Hernan	Rosenberg	PAHO/WHO-OPS/OMS	hernanrosenberg2@gmail.com
Mario	Masana	PAHO/WHO-OPS/OMS Argentina	mmasana@paho.org
Matheus	Cerroni	PAHO/WHO-OPS/OMS Brazil	cerronimat@paho.org
Zohra	Abaakouk	PAHO/WHO-OPS/OMS Chile	abaakoukz@paho.com
Aida	Soto	PAHO/WHO-OPS/OMS Ecuador	sotoa@paho.org
Mariano	Bonet Gorbea	PAHO/WHO-OPS/OMS Guyana	bonetm@paho.org
Natael	Fenelon	PAHO/WHO-OPS/OMS Haiti	fenelonnat@paho.org
Amy	Tovar	PAHO/WHO-OPS/OMS	tovaramy@paho.org

		Honduras	
Sandra Tamara	Mancero	PAHO/WHO-OPS/OMS Mexico	mancerot@paho.org
Guillermo	Gonzalvez	PAHO/WHO-OPS/OMS Nicaragua	gonzalvezg@paho.org
Ana Margarita	Botello	PAHO/WHO-OPS/OMS Panama	botelloana@paho.org
Eldonna	Boisson	PAHO/WHO-OPS/OMS Trinidad and Tobago	boissoel@paho.org
Veronica	Abdala	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	abdalave@paho.org
Marcia	Barretto	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	barretto@paho.org
Lilian	Caló	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	calolili@paho.org
Jobar	Farias	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	fariasjo@paho.org

Renato	Murasaki	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	murasaki@paho.org
Silvia	Valentin	PAHO/WHO-OPS/OMS BIREME	valentins@paho.org
Maria	Almiron	PAHO/WHO-OPS/OMS	almironm@paho.org
Roberta	Andraghetti	PAHO/WHO-OPS/OMS	andragro@paho.org
Ernesto	Bascolo	PAHO/WHO-OPS/OMS	bascoloe@paho.org
Mariana	Faria	PAHO/WHO-OPS/OMS	fariatmar@paho.org
Enrique	Perez	PAHO/WHO-OPS/OMS	pereze@paho.org
Ciro	Ugarte	PAHO/WHO-OPS/OMS	ugarteci@paho.org

Anexo D: Agenda

Consulta Formal Regional sobre el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

Sao Paulo, Brasil, 17-19 de julio del 2017

Agenda provisional

Lunes, 17 de julio del 2017, Día 1		
Horario	Tema	Detalles
08.00-08.30	Registro de participantes	
08.30-08.45	Apertura de la reunión	Ministerio de Salud de Brasil OPS/OMS
08.45-09.00	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME)	OPS/OMS/BIREME
09.00-09.15	Logística, objetivos, y metodología de trabajo de la Consulta	OPS/OMS
09.15-09.30	Presentación de los participantes	
09.30-10.00	Estado de la aplicación, implementación, y cumplimiento con el RSI en las Américas y Documentos, Decisiones y Resoluciones relevantes de los Cuerpos Directivos de la OPS y OMS	OPS/OMS
10.00-10.15	<i>Café</i>	
10.15-10.45	Sesión 1: Introducción del trabajo de grupo	OPS/OMS
	<p>Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública (Plan estratégico mundial quinquenal)– Documento de “Consulta con los Estados Miembros”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcance - Plan estratégico mundial quinquenal para mejorar la preparación y respuesta de salud pública y Marco de Monitoreo y Evaluación del RSI - Relación entre el Plan estratégico mundial quinquenal y Planes operativos regionales - Relación entre el Plan estratégico mundial quinquenal y los Planes Bienales de Trabajo 2018-2019 de la OPS y de la OMS - Articulación del Plan estratégico mundial quinquenal con los Planes de otras organizaciones internacionales relevantes - Proceso de consulta con los Estados Miembros - Principios subyacentes del Plan estratégico mundial quinquenal - Esquema del Plan estratégico mundial quinquenal - Mecanismos de medición del progreso en la implementación del Plan estratégico mundial quinquenal 	
10.45-12.30	Sesión 1: Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
12.30-13.30	<i>Almuerzo</i>	

Lunes, 17 de julio del 2017, Día 1		
Horario	Tema	Detalles
13.30-14.30	Sesión 1: Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
14.30-15.00	Sesión 2: Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas <ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de medición del progreso en la implementación del Plan estratégico mundial quinquenal - (“un”) Marco de Monitoreo y Evaluación del RSI revisado - Obligatorio: Auto-evaluación - Voluntario: Examen posterior a la acción - Voluntario: Ejercicio de simulación - Voluntario: Evaluación externa conjunta - Presentación de la información a la Asamblea Mundial de la Salud - Articulación con otros mecanismos internacionales de Monitoreo y Evaluación 	
<i>15.00-15.15</i>	<i>Café</i>	
15.15-17.00	Sesión 2: Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
17.00-18.00	Sesión 2: Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
<i>19.30</i>	<i>Cena</i>	

Martes, 18 de julio del 2017, Día 2		
Horario	Tema	Detalles
08.30-09.30	Sesión 3: Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (15min) - Implementación del RSI como parte del proceso de fortalecimiento de los sistemas de salud - Enmarcamiento de las capacidades básicas como funciones esenciales de salud pública - Construcción y mantenimiento de sistemas de salud resilientes - Mecanismos de planificación, financiamiento, y monitoreo y evaluación: un continuum en el contexto de la estrategia nacional de salud - Articulaciones interministeriales relacionadas con la planificación y el financiamiento - Movilización de recursos 	
09.30-10.30	Sesión 3: Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
<i>10.30-10.45</i>	<i>Café</i>	
10.45-11.30	Sesión 3: Trabajo de grupo – Continuación	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
11.30-12.30	Sesión 3: Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
<i>12.30-13.30</i>	<i>Almuerzo</i>	
13.30-14.00	Sesión 4: Introducción del trabajo de grupo	
	Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes <ul style="list-style-type: none"> - Centro Nacionales de Enlace para el RSI (también Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento) - Riesgos químicos - Riesgos relacionados con radiaciones - Recursos humanos - Puntos de Entrada 	
14.00-16.15	Sesión 4: Trabajo de grupo	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
<i>16.15-16.30</i>	<i>Café</i>	
16.30-17.30	Sesión 4: Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
<i>19.30</i>	<i>Cena</i>	

Miércoles, 19 de julio del 2017, Día 3		
Horario	Tema	Detalles
08.30-09.00	Sesión 5: Introducción del trabajo de grupo	OPS/OMS
	Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento <i>Parte 1</i> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de eventos - Detección de eventos - Evaluación del riesgo - Diseminación de la información - Respuesta, incluyendo la adopción de posibles Medidas sanitarias adicionales <i>Parte 2</i> <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de expertos de asesoramiento a la OMS - Lista de Expertos del RSI (Comité de Emergencia y Comité de Examen) - Grupo consultivo científico-técnico sobre cartografía geográfica del riesgo de fiebre amarilla (GRYF) - Establecimiento del Grupo científico asesor de expertos sobre los riesgos relativos a las enfermedades infecciosas 	
09.00-10.30	Sesión 5: Trabajo de grupo – <i>Parte 1</i>	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
<i>10.30-10.45</i>	<i>Café</i>	
10.45-12.00	Sesión 5: Trabajo de grupo – <i>Parte 2</i>	Tres/cuatro grupos (Facilitadores y salas de trabajo de grupo a comunicarse)
12.00-13.00	Sesión 5: Presentación del trabajo de grupo y discusión	Relatores (uno por grupo)
<i>13.00-14.00</i>	<i>Almuerzo</i>	
14.00-16.15	Discusión plenaria: <ul style="list-style-type: none"> - Resumen de los aportes al Plan estratégico mundial quinquenal - Resumen de los aportes para elaborar el Plan Operativo Regional - Acciones frente a la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana/69.o Comité Regional de la OMS para las Américas 	
16.15-16.30	Cierre de la reunión	Ministerio de Salud de Brasil OPS/OMS
<i>16.30-17.00</i>	<i>Café</i>	
<i>19.30</i>	<i>Cena</i>	

Anexo E. Preguntas

Alcance del proyecto de plan estratégico mundial quinquenal

Pregunta 1. ¿Se debería incorporar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal o se debería dar curso separado a estos dos documentos en los Órganos Deliberantes de la OMS?

Pregunta 2. ¿Cómo se puede alcanzar un equilibrio en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal entre la atención de las necesidades tanto de los países prioritarios en situación de fragilidad como de los países que no tienen prioridad?

Pregunta 3. ¿Es necesario elaborar un plan operativo regional quinquenal independiente, además de los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes)?

Pregunta 4. A falta de un plan operativo regional quinquenal independiente, ¿serían los mecanismos actuales de planificación y prestación de cooperación técnica de la Oficina suficientes para abarcar y absorber lo que deba hacerse para apoyar a los países en el ámbito de los preparativos y la respuesta en las Américas?

Pilar estratégico 1: Establecimiento y mantenimiento de las capacidades básicas de los Estados Partes

Pregunta 5. Los Estados Partes de las Américas han indicado la necesidad de que la Secretaría de la OMS o la Oficina elabore un marco conceptual que conecte las funciones esenciales de salud pública y las capacidades básicas detalladas en el anexo 1 del RSI. ¿Todavía es necesario hacerlo?

Pregunta 6. Sobre la base de la experiencia de los últimos diez años con el uso del RSI como herramienta para establecer y mantener las capacidades básicas, ¿qué mecanismos de planificación, presupuestarios y de asignación de recursos hay que adoptar o mejorar a fin de fortalecer más esas capacidades y lograr su sostenibilidad?

Pregunta 7. Considerando la heterogeneidad de los procesos nacionales de planificación en toda la Región, ¿se necesita el apoyo de la Oficina para evaluar la necesidad de fortalecer los procesos de planificación nacionales, a fin de que los elementos relacionados con las funciones esenciales de salud pública (las capacidades básicas detalladas en anexo 1 del RSI) puedan incorporarse en dichos procesos, evitando así la duplicación que representaría la elaboración de planes subsidiarios dedicados al RSI?

Pregunta 8. Los recursos financieros no son el único tipo de recurso en juego. ¿Es necesario que la Oficina apoye la planificación, la presupuestación u otros procesos de asignación de recursos para determinar la cantidad y el tipo de recursos necesarios?

Pregunta 9. ¿Cómo se conectarán las estrategias de cooperación en los países con los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes) o con el plan operativo regional quinquenal? ¿Habrá un enlace con las estrategias de cooperación en los países?

Pregunta 10. ¿Qué dificultades hay a nivel nacional para seleccionar y activar mecanismos institucionales a fin de facilitar la acción intersectorial (por ejemplo, cómo encarar los ejercicios de planificación conjunta, cómo elaborar acuerdos interministeriales específicos)?

¿Es necesario que la Oficina prepare una nota o un documento en el cual se describan los posibles enfoques?

Pilar estratégico 2: Manejo de eventos y cumplimiento

Centro Nacional de Enlace para el RSI

Pregunta 11. ¿Cuáles son los retos principales que enfrentan los centros nacionales de enlace para cumplir las funciones obligatorias detalladas en el artículo 4 del RSI?

Pregunta 12. A fin de apoyar a los centros nacionales de enlace en el fortalecimiento y mantenimiento de sus funciones obligatorias, ¿qué acción debería incorporarse en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal? [El proyecto de plan estratégico mundial quinquenal se refiere a la orientación técnica, los procedimientos normalizados de trabajo, la capacitación, el intercambio de información y actividades de aprendizaje.]

Pregunta 13. A fin de apoyar a los centros nacionales de enlace en el fortalecimiento y mantenimiento de sus funciones obligatorias, ¿qué acción debería incorporarse en los planes de trabajo bienales de la OPS (2018-2019 y subsiguientes) o en el plan operativo regional quinquenal?

Manejo de eventos de salud pública agudos

Pregunta 14. ¿Qué estrategias deben reflejarse en el proyecto de plan estratégico mundial quinquenal para fortalecer el manejo de eventos (detección, evaluación de riesgos, intercambio de información y respuesta)?

Pregunta 15. En vista de que la Secretaría de la OMS está elaborando una nueva herramienta de información especial sobre epidemias situada en la web, ¿qué características debe tener esta herramienta para apoyar a los países en el manejo de eventos de salud pública?

Medidas sanitarias adicionales

Pregunta 16. Debido a la percepción de un tratamiento asimétrico de diferentes Estados Partes por la Secretaría de la OMS y con el fin de mejorar la transparencia, ¿deberían incluirse pasos para establecer un proceso estandarizado para el monitoreo y el manejo de medidas sanitarias adicionales, incluido el incremento escalonado en casos de incumplimiento, en el plan estratégico mundial quinquenal como proceso participativo que abarque a los Estados Partes?

Pregunta 17. ¿Se deberían incluir consideraciones con respecto a la medida en que los diálogos bilaterales entre países deberían formar parte del proceso para resolver controversias surgidas de la adopción de medidas sanitarias, incluidas las medidas adicionales?

Grupos consultivos de expertos

Pregunta 18. ¿Cómo se puede asegurar que todas las regiones estén igualmente representadas en los grupos consultivos y en la Lista de Expertos del RSI?

Pilar estratégico 3: Medición del progreso y rendición de cuentas, con énfasis en el Marco de monitoreo y evaluación del RSI

Pregunta 20. ¿Siguen siendo válidas las observaciones sobre el Marco de monitoreo y evaluación del RSI formuladas por Estados Partes de las Américas en las consultas formales del 2015 y 2016? (Las observaciones de los Estados Partes de las Américas se presentan en el anexo B del documento CD55/12 Rev.1.)

Pregunta 21. ¿Se debe presentar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI a la Asamblea Mundial de la Salud como paquete, con las herramientas, la información que hay que presentar, las modalidades para el intercambio de información con diferentes usuarios y el formato de las observaciones proporcionadas a los Estados Miembros?

Pregunta 22. Para asegurar la transparencia y considerando los asuntos planteados por los Estados Miembros en la 70.^a Asamblea Mundial de la Salud, ¿debería la Secretaría de la OMS poner en marcha un proceso consultivo mundial para revisar el Marco de monitoreo y evaluación del RSI presentado en el documento A69/20 o el paquete descrito anteriormente?

Exámenes voluntarios posteriores a la acción

Pregunta 23. ¿Debería la Región de las Américas ser una pionera y probar a título piloto este componente del Marco de monitoreo y evaluación del RSI como tema prioritario por medio de una plataforma interactiva (por ejemplo, una adaptación del sitio de información sobre eventos), dado que esto no se recogió en los documentos elaborados a nivel mundial?

Ejercicios voluntarios de simulación

Pregunta 24. ¿Qué atributos debe tener un ejercicio de simulación para que se pueda presentar un informe voluntario al respecto a la Asamblea Mundial de la Salud (por ejemplo, participación del nivel nacional, naturaleza de la participación del nivel nacional, enfoque metodológico [ejercicios basados en deliberaciones, como ejercicios de mesa; ejercicios basados en operaciones, como prácticas, ejercicios funcionales y ejercicios de campo o en gran escala], resultados concretos [por ejemplo, ajustes de los planes nacionales, cambios documentados de prácticas, cambios de políticas])?

Evaluaciones externas conjuntas voluntarias

Pregunta 25. Considerando la prioridad asignada por la Secretaría de la OMS a las evaluaciones externas conjuntas, así como las observaciones recibidas de los Estados Partes de las Américas en el 2015 y 2016, la Oficina Sanitaria Panamericana está proponiendo un enfoque de las evaluaciones externas conjuntas adaptado a las Américas que se detalla a continuación. ¿Hay acuerdo con respecto a los elementos del protocolo propuesto?