



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

CSP29/FR
29 de setembro de 2017
Original: inglês

RELATÓRIO FINAL

SUMÁRIO

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão	6
Assuntos relativos ao regulamento	
Designação da Comissão de Credenciais	6
Eleição da Mesa Diretora	6
Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS.....	7
Estabelecimento da Comissão Geral	7
Adoção da agenda	7
Assuntos relativos à Constituição	
Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo.....	7
Relatórios da Repartição Sanitária Pan-Americana	8
A. Relatório quinquenal 2013-2017 do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana.....	8
B. Saúde nas Américas	11
Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e Nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas	12
Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato dos Estados Unidos da América, da Guatemala e de Trinidad e Tobago	13
Assuntos relativos à política dos programas	
Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Modificado, 2017)	14
Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019	15
Nova escala de contribuições fixas	18
Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030	19
Política sobre etnia e saúde	21
Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023.....	22
Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022.....	24
Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde	27
Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022.....	29
Atualização sobre a situação e os desafios do suprimento da vacina inativada contra poliomielite para manter a erradicação da doença na Região das Américas	31

SUMÁRIO (cont.)

Página

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas.....	35
Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo 2016	35
Nomeação do auditor externo da OPAS para 2018-2021	38

Seleção de Estados Membros para comissões e comitês

Eleição de dois membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).....	38
---	----

Prêmios

Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017).....	38
--	----

Assuntos de informação

Atualização sobre a reforma da OMS	39
Centros colaboradores da OPAS/OMS	40
Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final.....	41
Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final	44
Proposta de plano regional decenal sobre saúde bucodental para as Américas: Relatório final	47
Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)	48
Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos.....	51
A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de Progresso	52
B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso.....	52
C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária.....	53
D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso.....	54
E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso.....	55
F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária.....	55
G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: revisão intermediária	56
H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária.....	56
I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária.....	56
J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária.....	57

SUMÁRIO (cont.)

Página

Assuntos de informação geral (cont.)

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos	
K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório de progresso.....	58
L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso	59
M. Situação dos Centros Pan-Americanos	59
Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS.....	60
A. Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde.....	60
B. Quadragésimo sétimo período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos.....	60
C. Organizações sub-regionais	60
Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA)	61
Projecto de documento de síntese sobre o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS para 2019-2023	62
Outros assuntos	66
Encerramento da sessão	66
Resoluções e decisões	
<i>Resoluções</i>	
CSP29.R1 Arrecadação de contribuições fixas	66
CSP29.R2 Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030	67
CSP29.R3 Política sobre etnia e saúde	69
CSP29.R4 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022	71
CSP29.R5 Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (modificado).....	73
CSP29.R6 Programa e Orçamento da Organização Pan Americana da Saúde 2018-2019.....	74
CSP29.R7 Nomeação do Auditor Externo da OPAS para o período 2018-2021	76
CSP29.R8 Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato dos Estados Unidos da América, da Guatemala e de Trinidad e Tobago.....	77
CSP29.R9 Eleição de dois membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME).....	77

SUMÁRIO (cont.)

Página

Resoluções e decisões (cont.)**Resoluções** (cont.)

CSP29.R10	Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da saúde para as Américas.....	78
CSP29.R11	Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023.....	79
CSP29.R12	Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022	81
CSP29.R13	Nova Escala de Contribuições Fixas.....	83
CSP29.R14	Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2018	85
CSP29.R15	Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.....	89
CSP29.R16	Atualização sobre a situação e os desafios do suprimento da vacina inativada contra poliomielite para manter a erradicação da doença na Região das Américas	91

Decisões

CSP29(D1)	Designação da Comissão de Credenciais	93
CSP29(D2)	Eleição da Mesa Diretora	93
CSP29(D3)	Estabelecimento da Comissão Geral.....	93
CSP29(D4)	Adoção da agenda	94

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da Sessão

1. A 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizada na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 25 a 29 de setembro de 2017.
2. O Dr. Nickolas Steele (Ministro da Saúde e Previdência Social de Granada e Presidente em fim de mandato da 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana) abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. Comentários iniciais foram feitos pelo Dr. Steele, pela Dra. Carissa Etienne (Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana), pelo Dr. Thomas Price (Secretário da Saúde e Serviços Humanos, Estados Unidos da América), pelo Exmo. Sr. Nestor Mendez (Subsecretário Geral, Organização dos Estados Americanos) e pelo Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Diretor-Geral, OMS). Seus respectivos discursos podem ser encontrados na página da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana na Internet.¹

Assuntos relativos ao regulamento

Designação da Comissão de Credenciais

3. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência nomeou Barbados, El Salvador e o Uruguai membros da Comissão de Credenciais (decisão CSP29[D1]).

Eleição da Mesa Diretora

4. Em conformidade com o Artigo 17 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência elegeu os seguintes oficiais (decisão CSP29[D2]):

<i>Presidente:</i>	Paraguai	(Dr. Antonio Carlos Barrios Fernández)
<i>Vice-presidente:</i>	Guiana	(Exma. Sra. Volda Lawrence)
<i>Vice-presidente:</i>	Panamá	(Dr. Miguel Mayo Di Bello)
<i>Relator:</i>	Canadá	(Sra. Lucero Hernández)

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

¹ Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=pt.

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

6. A Conferência foi informada de que não seria necessário criar um grupo de trabalho, pois nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto definidas nos termos do Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

Estabelecimento da Comissão Geral

7. Em conformidade com o Artigo 33 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência nomeou a Bolívia, Cuba e os Estados Unidos da América membros da Comissão Geral (decisão CSP29[D3]).

Adoção da agenda (documento CSP29/1, Rev. 2)

8. A Diretora propôs o acréscimo de três temas à agenda provisória (constante do documento CSP29/1): Atualização da situação e desafios do fornecimento da vacina de vírus inativado contra a pólio para manter a erradicação da poliomielite na Região das Américas; Projeto de nota conceitual voltada para o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS 2019-2023; e Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA). Ela explicou que a atualização do FENSA havia sido solicitada pelo 55º Conselho Diretor na resolução CD55.R3 e que a Secretaria da OMS havia solicitado que todos os comitês regionais discutissem a nota conceitual sobre o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS.

9. Quanto à atualização sobre a situação do fornecimento da vacina de vírus inativado contra a pólio, recordou que o 52º Conselho Diretor havia adotado a resolução CD52.R5, na qual se solicitava à Diretora que assegurasse que o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas da OPAS fosse administrado, sem exceção, de maneira a respeitar e cumprir os seus princípios, objetivos e condições. Em vista da escassez da vacina de vírus inativado, porém, talvez fosse necessário que a Repartição operasse fora dos princípios do Fundo Rotativo, o que exigiria a autorização dos Estados Membros.

10. A Conferência concordou em acrescentar os três temas proposto pela Diretora e adotou a agenda modificada (documento CSP29/1, Rev.1). A Conferência também adotou um programa de reuniões (CSP29/WP/1, Rev. 1) (decisão CSP29[D4]).

11. Posteriormente, uma nova versão foi publicada (documento CSP29/1, Rev. 2) para que a lista de documentos contivesse uma retificação publicada em 30 de outubro de 2017 (OD355, Corr.).

Assuntos relativos à Constituição

Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo (documento CSP29/2)

12. O Dr. Rubén Nieto (Argentina, Presidente do Comitê Executivo) relatou as atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre setembro de 2016 e setembro de 2017, destacando os temas que

havia sido discutidos pelo Comitê, mas que não haviam sido encaminhados para consideração pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana. Além disso, observou que ele prestaria informações sobre outros temas à medida que fossem abordados pela Conferência. Entre os temas não transmitidos, figuravam os relatórios anuais do Escritório de Ética da OPAS, do Escritório de Supervisão Interna e Serviços de Avaliação e do Comitê de Auditoria da OPAS; uma proposta para o uso de um excedente de receita do Programa e Orçamento de 2014-2015; relatórios sobre o Plano Mestre de Investimentos de Capital e o financiamento de seguro saúde pós-serviço para os funcionários da OPAS; modificações do Estatuto e Regulamento do Pessoal da RSPA, um relatório sobre as estatísticas da dotação de pessoal e uma intervenção por um representante da Associação de Pessoal da OPAS/OMS; um relatório sobre a situação da implementação do Sistema de Informação para a Gestão da RSPA; e solicitações de oito organizações não governamentais para renovar sua condição de agentes não estatais que mantêm relações oficiais com a OPAS. Os detalhes podem ser encontrados no relatório do Presidente do Comitê Executivo (documento CSP29/2).

13. A Conferência agradeceu aos membros do Comitê seu trabalho e tomou nota do relatório.

Relatórios da Repartição Sanitária Pan-Americana

A. *Relatório quinquenal do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana* (Documento Oficial 355 e Corr.)

14. A Diretora apresentou seu relatório quinquenal,² cujo tema era “Trabalhando em prol da saúde para o desenvolvimento sustentável e a equidade: Rumo à saúde universal 2013-2017”. O relatório destacava as principais realizações e os desafios mais significativos encontrados no período de fevereiro de 2013 a julho de 2017. Durante esse período, os Estados Membros haviam colaborado estreitamente com a Repartição a fim de determinar prioridades programáticas para a alocação de recursos e elaborar o Plano Estratégico da OPAS 2014-2019, além de haverem tomado a frente na redação da nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (ver os parágrafos 66 a 75 abaixo), que constituiria o quadro de políticas e planejamento estratégico de nível mais elevado para coordenar ações coletivas para melhorar a saúde e o bem-estar em toda a Região nos anos vindouros.

15. Os países e territórios das Américas uniram-se no compromisso de atingir as metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, inclusive a cobertura universal de saúde. Para tanto, o 53º Conselho Diretor havia aprovado, em nível regional, a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CD53/5, Rev. 2). A Repartição havia trabalhado com os Estados Membros para transformar os sistemas de saúde e avançar rumo à cobertura universal de saúde, ajudando a, entre outras coisas, ampliar o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, a reforçar os recursos humanos em saúde e fortalecer os sistemas de informação em saúde. O apoio durante as

² Disponível em:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42552&Itemid=270.

emergências de saúde e os desastres, e o respectivo trabalho de formar as capacidades básicas no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) haviam sido áreas cruciais da cooperação técnica da Repartição com os Estados Membros durante o período.

16. Embora a prevenção e o controle das doenças transmissíveis houvessem continuado a impor desafios, os países haviam conseguido eliminar certas doenças. Particularmente dignas de nota foram a eliminação da oncocercose na Colômbia, Equador, Guatemala, e México; a eliminação do tracoma no México; e a eliminação da transmissão materno-infantil do HIV e da sífilis em Cuba. Além disso, haviam sido alcançados dois marcos históricos no âmbito regional: a declaração, em 2015, da eliminação da transmissão endêmica da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, e a certificação, em 2016, da eliminação do sarampo nas Américas. Agora a Repartição estava concentrando sua cooperação técnica na proteção e manutenção desses avanços ao auxiliar os países a manter uma ampla cobertura de vacinação, expandir a cobertura onde fosse necessário e melhorar a vigilância. Além disso, estava trabalhando firmemente rumo à eliminação de outras doenças.

17. As doenças não transmissíveis (DNTs) já haviam suplantado as doenças transmissíveis como as grandes causas de morte e incapacidade em quase todos os países da Região. Durante o período do relatório, a cooperação técnica da Repartição havia contribuído para a formulação e implementação de políticas, estratégias, planos e intervenções nacionais na área das DNTs, enfatizando a criação de contextos propícios por meio de legislação e regulamentação. Essa cooperação havia ressaltado o enfoque do ciclo de vida e havia ajudado os Estados Membros a adaptar suas políticas e sistemas de saúde para suprir as necessidades de uma população que estava envelhecendo e promover o envelhecimento saudável. A redução das desigualdades em saúde e a abordagem dos determinantes sociais da saúde também haviam sido focos importantes para a Repartição.

18. A Diretora concluiu seus comentários observando que, embora tivessem havido muitos avanços, ainda restavam numerosos desafios, que a Repartição e os Estados Membros deveriam enfrentar juntos, com uma ênfase firme na equidade. Manifestou seu agradecimento aos Estados Membros por sua orientação, confiança, solidariedade e compromisso para assegurar que a OPAS mantivesse sua tradição de excelência.

19. A Conferência acolheu com satisfação os numerosos sucessos conquistados durante o quinquênio abrangido pelo relatório e reconheceu que ainda restam grandes desafios. Os delegados concordaram que os ganhos obtidos no período não poderiam ter sido alcançados nem mantidos sem um esforço conjunto. Assinalou-se que a liderança da Região na eliminação das doenças transmissíveis e na prevenção das doenças não transmissíveis era uma clara demonstração do que era possível realizar quando os países trabalhavam em conjunto. A solidariedade e o pan-americanismo constante foram considerados mais importantes do que nunca após os recentes desastres, como os furacões que afetaram os Estados Unidos e países e territórios do Caribe, e o terremoto que atingira o México. Diversos delegados manifestaram seu apoio e solidariedade pelas vítimas desses desastres. Realçou-se a importância de fortalecer e manter as capacidades básicas de RSI e melhorar a resiliência dos sistemas de saúde para responder com eficácia às futuras

emergências. Considerou-se crucial agir de forma imediata para conter a mudança climática e seus impactos sobre a saúde.

20. Os delegados relataram as ações dos seus países para melhorar a saúde pública no âmbito nacional, sub-regional, regional e mundial, e destacaram diversas áreas que deveriam continuar a ser foco de atenção coletiva no futuro. A importância do fortalecimento dos sistemas de saúde e recursos humanos em saúde para alcançar a cobertura universal de saúde foi enfatizada, assim como a necessidade de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. Os delegados sublinharam a necessidade de continuar a trabalhar para prevenir as doenças não transmissíveis e combater os fatores de risco, como a obesidade e o tabagismo. Além disso, frisaram a necessidade de manter uma ampla cobertura de vacinação para preservar os ganhos obtidos no controle das doenças imunopreveníveis e prevenir o ressurgimento das doenças eliminadas na Região. A importância de promover a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos foi destacada, bem como a necessidade de aumentar a atenção à saúde mental. Vários delegados observaram também os desafios de saúde associados à mobilidade crescente das populações.

21. Os delegados elogiaram a liderança da Diretora e agradeceram o apoio da Repartição aos seus países, sobretudo em resposta aos recentes desastres naturais e aos surtos das doenças causadas pelo Zika, Ebola e Chikungunya ocorridos durante o período.

22. O Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Diretor-Geral, OMS), após felicitar a Diretora por seu relatório e sua liderança, observou que vários delegados haviam levantado a questão importante e muito real da mudança climática. Ele acreditava que o mundo tardara a reconhecer a gravidade do problema, mas ainda poderia recuperar o terreno perdido se fossem tomadas medidas urgentes para mitigar novas mudanças climáticas. A OMS havia se concentrado, em grande medida, na adaptação à mudança climática, mas, no futuro, deveria se concentrar, pelo menos em igual medida, na sua mitigação, o que correspondia à prevenção. Embora o mundo inteiro fosse afetado pela mudança climática, alguns países foram inquestionavelmente mais afetados do que outros, sobretudo os pequenos Estados insulares do Caribe e de outras regiões, que haviam contribuído muito pouco para o problema, mas estavam sofrendo seus efeitos desproporcionalmente. Seria importante conceber iniciativas especiais para ajudar tais países. Também seria importante para a OMS trabalhar com o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, a Secretaria da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática e outros organismos das Nações Unidas para reforçar a capacidade operacional e criar sinergias.

23. No intuito de fortalecer ainda mais a capacidade da OMS para reagir a emergências, o Dr. Tedros havia instituído uma orientação diária e reuniões semanais dedicadas exclusivamente à discussão do tema. A Secretaria da OMS também havia começado a mapear as capacidades de reação e preparação contra emergências em todo o mundo, para poder mobilizar equipes médicas de emergência capazes de interferir onde fosse necessário no prazo de 72 horas. Também seria importante mapear as capacidades de pesquisa e desenvolvimento para poder acelerar a produção de vacinas e outros

medicamentos quando necessário. Os exercícios de simulação constituíram outro componente crucial da preparação para situações de emergência.

24. Conforme assinalado por muitos delegados, as doenças não transmissíveis eram um problema crescente para todos os países, independentemente da renda, e era necessário um esforço conjunto para atacá-lo. Os preparativos para a reunião de alto nível de 2018 da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre as DNTs deveriam começar de imediato. A Conferência Global da OMS sobre as DNTs, a ser organizada em Montevideu, Uruguai, em outubro de 2017, seria uma boa oportunidade para iniciar os preparativos para a reunião de alto nível. Era necessária uma ação dinâmica para combater o tabagismo, uma das grandes causas das DNTs. O Dr. Tedros instou os Estados Membros que ainda não o haviam feito a ratificar a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco e o respectivo *Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco*.

25. O Dr. Tedros concordou que a saúde mental era uma questão importante, que não poderia ser enfrentada apenas pelo setor da saúde. Era necessário um enfoque que envolvesse toda a sociedade. Ele estava confiante de que as Américas assumiriam um papel de destaque nessa questão, e esperava trabalhar com os Estados Membros da Região para vencer este e outros desafios.

26. A Diretora ressaltou que os avanços expostos no seu relatório resultavam do trabalho conjunto dos Estados Membros e da Repartição. Observou que os delegados haviam mencionado muitas questões que constituíam prioridades para a Repartição. Essas prioridades haviam sido definidas pelos próprios Estados Membros por meio do processo de priorização de baixo para cima. A Repartição continuaria a trabalhar com os Estados Membros para tirar partido do conhecimento e boas práticas acumulados ao longo dos 150 anos de história da OPAS, ao mesmo tempo em que buscava formas inovadoras de enfrentar os novos desafios.

27. A Conferência agradeceu à Diretora e tomou nota do relatório.

28. Posteriormente, encontrou-se um erro que havia sido inserido inadvertidamente no relatório. Em 30 de outubro de 2017, foi publicada uma retificação.

B. Saúde nas Américas (Publicação Científica e Técnica 642 e Add. I)

29. A Diretora apresentou a edição de 2017 de *Saúde nas Américas*, a principal publicação da OPAS, observando que essa mais recente edição representava um divisor de águas, pois era tanto uma publicação impressa como uma plataforma interativa eletrônica (*Saúde nas Américas+*) que poderia ser atualizada regularmente. Assim como as versões anteriores, a edição de 2017 serviria de fonte imprescindível de informações sobre a situação da saúde atual na Região. Além disso, analisava as tendências da saúde mais importantes na Região e delineava estratégias e ações necessárias para promover a saúde regional. Ao mesmo tempo, oferecia um novo espaço para a análise, monitoramento e avaliação constantes das condições, determinantes e tendências da saúde, e poderia servir de núcleo para partilhar conhecimentos que permitiriam analisar, monitorar e avaliar o

impacto das políticas e programas de saúde em curso. Poderia também facilitar o diálogo para promover e fortalecer as ações interprogramáticas e intersetoriais.

30. O relatório sublinhava as melhoras que haviam sido obtidas nos cinco anos anteriores com respeito à expectativa de vida, mortalidade infantil e materna, e prevenção e controle de doenças. Também examinava os grandes desafios de saúde que a Região vinha tentando resolver, como as doenças emergentes e reemergentes como a dengue, a febre amarela, o cólera e as causadas pelos vírus Zika, Chikungunya e Ebola; a maré crescente das doenças crônicas não transmissíveis; a crescente resistência aos antimicrobianos e problemas como a violência, os acidentes de trânsito, o abuso do álcool e das drogas e a saúde mental, passando pela depressão e pela demência. Dois dos desafios mais persistentes e importantes para a Região era fechar as lacunas em termos da equidade em saúde e completar a agenda ainda inconclusa referente às mulheres e crianças nas áreas da mortalidade materna, anemia, desnutrição crônica e desenvolvimento na infância.

31. A edição de 2017 também delineava o que precisava ser feito para concretizar inteiramente a visão regional do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, inclusive com a transformação dos sistemas de saúde para superar a fragmentação e a segmentação, fazendo com que a saúde pública substitua ações reativas por ações preventivas e consiga envolver todos os setores numa abordagem de saúde em todas as políticas.

32. A Conferência acolheu com satisfação o relatório e aplaudiu a versão interativa on-line. Os delegados concordaram que informações atualizadas eram de importância crucial para tomar decisões e formular políticas, bem como para direcionar corretamente as intervenções. Concordaram também que a nova plataforma facilitaria o intercâmbio de conhecimento e experiências. Uma delegada, ao observar a riqueza de informações falsas e enganosas difundida por meio das mídias sociais, comentou que a OPAS estava ocupando seu legítimo lugar para preencher esse vácuo em tempo real com informações sobre saúde exatas e úteis.

33. A Diretora observou que, como o relatório seria publicado apenas após a abertura da Conferência, os Estados Membros não haviam tido muita oportunidade para analisá-lo. Ela convidou as delegações a baixarem o texto completo e explorarem a plataforma on-line. Caso necessário, uma reunião virtual poderia ser realizada posteriormente para que pudessem fazer comentários sobre o conteúdo.

34. A Conferência agradeceu à Diretora e tomou nota do relatório.

Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e Nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas (documento CSP29/3)

35. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) lembrou que o Comitê fora informado de que, em março de 2017, todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização haviam sido convidados para apresentar candidatos ao cargo de Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana para o

período de 2018 a 2023. Até o fim do prazo estabelecido, 1º de maio, apenas uma candidatura havia sido recebida, apresentada pelo Governo de Dominica, para que a atual Diretora, Dra. Carissa Etienne, ocupasse o cargo por um segundo mandato.

36. A Dra. Isabella Danel (Diretora Adjunta, RSPA) leu o Regulamento Interno da eleição, e a Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) explicou o procedimento de votação. O Presidente anunciou que as delegadas de Cuba e dos Estados Unidos atuariam como mesárias.

37. Realizou-se uma única votação secreta, em que foram depositados 36 votos, todos válidos. A Diretora em exercício, Dra. Carissa F. Etienne, recebeu os 36 votos.

38. A Conferência adotou a resolução CSP29.R10, proclamando a eleição da Dra. Etienne e apresentando seu nome ao Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde para que a nomeasse Diretora Regional para as Américas.

39. A Dra. Etienne agradeceu aos Estados Membros a confiança manifestada ao elegê-la pela segunda vez para dirigir a Repartição. Homenageou o pessoal da Organização, incansável no seu trabalho, os numerosos profissionais de saúde que atuam na linha de frente nos países da Região e os próprios Estados Membros por seu compromisso político. Como fruto desses esforços coletivos, a Região havia feito enormes avanços em matéria de saúde pública, embora perdurassem muitas disparidades e desafios. Ela comprometeu-se a fazer tudo que estivesse ao seu alcance para que todos os povos das Américas pudessem ter uma vida saudável e produtiva. O texto do discurso da Diretora pode ser consultado no website da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.³

40. O Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Diretor-Geral, OMS) felicitou a Dra. Etienne, observando que sua reeleição unânime representou um reconhecimento do respeito de que tem sido alvo. Ele esperava trabalhar com ela nos objetivos paralelos de melhorar a atenção primária à saúde e avançar rumo à cobertura universal de saúde.

41. Muitos delegados felicitaram a Dra. Etienne e lhe prometeram o apoio dos seus países. A Delegada de Dominica transmitiu as felicitações do Primeiro-Ministro pela reeleição da Dra. Etienne.

Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato dos Estados Unidos da América, da Guatemala e de Trinidad e Tobago (documento CSP29/4)

42. A Conferência elegeu Belize, Canadá e Peru para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos e agradeceu aos Estados Unidos, à Guatemala e à Trinidad e Tobago os serviços prestados (resolução CSP29.R8).

³ Disponível em http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=42561&Itemid=270.

Assuntos relativos à política dos programas***Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (Modificado, 2017) (Documento Oficial 345 e Add. I)***

43. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia acolhido com satisfação as propostas de modificação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e a consequente ampliação do realinhamento programático com a OMS. Aplaudiu-se, em particular, o alinhamento da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS. As modificações haviam sido consideradas necessárias para refletir prioridades novas e emergentes, como a cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados com a saúde. O Comitê também havia sentido que a agenda modificada refletia com exatidão prioridades regionais específicas identificadas com a metodologia de priorização da OPAS-Hanlon. Os delegados haviam manifestado seu apoio às propostas de acrescentar a resistência aos antimicrobianos como uma nova área programática sob a categoria 1 e de transferir a inocuidade dos alimentos para essa mesma categoria. Além disso, expressaram satisfação com a expansão do alcance da categoria 5 para refletir a necessidade de um enfoque multissetorial para a prontidão e a resposta a situações de emergência. O Comitê havia adotado a resolução CE160.R6, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse as propostas de modificação do Plano Estratégico 2014-2019.

44. Na discussão que se seguiu, os Estados Membros expressaram seu apoio às propostas de modificação, acolhendo, em especial, o alinhamento mais estreito da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS. As modificações na categoria 1 e o aumento da atenção à resistência aos antimicrobianos, à segurança alimentar e às hepatites virais também foram aplaudidas, assim como a ênfase do Plano na ação intersetorial, na redução das desigualdades e nos enfoques baseados em direitos. As propostas de modificação foram consideradas oportunas e compatíveis com as prioridades novas e emergentes, como o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e a concretização da cobertura universal de saúde. As modificações também foram vistas como reflexo das prioridades regionais definidas com a metodologia de priorização da OPAS-Hanlon.

45. Vários delegados identificaram a prevenção e controle das doenças não transmissíveis como uma área prioritária, como o fizeram representantes de duas organizações não governamentais (ONGs), que instaram a Organização a continuar a trabalhar para reduzir fatores de risco e promover estilos de vida saudáveis. O representante de uma ONG destacou a importância de direcionar as ações preventivas para os jovens, pois os comportamentos prejudiciais à saúde que talvez levem a DNTs costumam começar bem cedo. Com respeito à resistência aos antimicrobianos, salientou-se a necessidade de formular e pôr em prática planos de ação nacionais alinhados com o plano de ação mundial da OMS para a resistência aos antimicrobianos.

46. Manifestou-se apoio geral aos indicadores da categoria 5 e à ênfase dada ao fortalecimento da capacidade dos países no tocante à preparação e à resposta em situações de emergência. Contudo, um delegado observou que, reiteradas vezes, seu governo havia

manifestado sua preocupação com o indicador 5.5, que media o financiamento e não a capacidade dos países para garantir os serviços básicos de emergência. Solicitou a revisão do indicador, sem a qual sua delegação não poderia apoiar a aprovação do Plano Estratégico modificado.

47. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) assegurou ao delegado que sua preocupação havia sido levada em consideração e que o indicador 5.5 já havia sido examinado pela respectiva unidade técnica dentro da RSPA e por colegas da OMS. O indicador não pretendia medir a capacidade do Estado Membro *per se*, mas sim a capacidade da Repartição para ajudar os Estados Membros a atingir os demais indicadores da categoria 5, o que exigia, como pré-requisito, financiamento adequado. Ademais, o indicador estava alinhado com um indicador da OMS, o que facilitaria a apresentação de relatório em nível mundial.

48. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Emergências de Saúde, RSPA) acrescentou que o indicador 5.5 dizia respeito à capacidade do Programa de Emergências de Saúde da OPAS. Um indicador correspondente no orçamento para programas da OMS mostrava se o financiamento para o Programa de Emergências de Saúde da OMS era suficiente para que apoiasse os Estados Membros. Observou também que o indicador já fora ajustado em resposta a preocupações que a delegação já havia manifestado.

49. A Diretora observou que o Programa de Emergências de Saúde da OPAS tirava partido de 40 anos de experiência na preparação e resposta em situações de emergência. A Organização sempre havia alocado nos seus orçamentos financiamento suficiente para apoiar o trabalho com os Estados Membros nas atividades de preparação e mitigação de emergências, bem como para permitir à Repartição responder de modo adequado às emergências e aos surtos de doenças.

50. Após consultas officinas entre a Repartição e a delegação que manifestara sua preocupação com o indicador 5.5, concordou-se que seria incluída no Plano Estratégico emendado uma nota esclarecendo que o indicador estava alinhado com o resultado E.5 do orçamento para programas da OMS (documento A70/7) e se referia à capacidade da Repartição para implementar o Programa de Emergências de Saúde da OPAS em apoio aos Estados Membros.

51. A Conferência aprovou a resolução CSP29.R5, aprovando a versão modificada do Plano Estratégico.

Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019 (documento Oficial 354 e Ad. I e II)

52. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que, após examinar uma versão preliminar do projeto de programa e orçamento para 2018-2019, o Comitê Executivo havia acolhido com satisfação o alinhamento do Programa e Orçamento da OPAS com o orçamento para programas da OMS e com o Plano Estratégico da OPAS e as prioridades definidas mediante os exercícios de estratificação das prioridades realizados no âmbito nacional. O Comitê havia elogiado os esforços da Repartição para controlar os custos e aumentar a eficiência a fim de evitar aumentos das contribuições fixas dos Estados

Membros e a havia incentivado a seguir com seus esforços para reduzir os gastos administrativos, operacionais e com viagens. A Repartição também foi instada a continuar a envidar esforços para ampliar a base de doadores da Organização e arrecadar recursos voluntários flexíveis que pudessem ser usados nas atividades das áreas programáticas prioritárias. Os delegados haviam observado com preocupação que as alocações para algumas áreas identificadas como de alta prioridade pelos Estados Membros continuavam relativamente baixas ou haviam sido reduzidas para o biênio 2016-2017, como as áreas de doenças não transmissíveis, doenças imunopreveníveis, preparação para situações de emergência de saúde, Regulamento Sanitário Internacional e saúde da mãe, do recém-nascido e da criança.

53. O Comitê havia adotado duas resoluções: uma recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse o projeto do programa e orçamento, e outra recomendando que se estabelecessem as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS conforme a escala transitória de contribuições aprovada pela Organização dos Estados Americanos para 2018 (ver os parágrafos 63 a 67 abaixo).

54. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) apresentou o *Documento Oficial 354*, observando que o programa e orçamento era o principal instrumento para assegurar a responsabilidade da Repartição perante os Estados Membros. Observou também que o projeto de programa e orçamento para 2018-2019, o último biênio coberto pelo Plano Estratégico atual, havia sido elaborado com base nos resultados de um exercício de cálculo de custos de baixo para cima do qual haviam participado 47 países e territórios. Ele abordava também os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e outros mandatos regionais e mundiais. O conteúdo programático também refletia as prioridades definidas pelos Estados Membros mediante o processo de estratificação das prioridades, as modificações do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 (ver os parágrafos 43 a 51 acima) e alterações programáticas recentes na OMS, sobretudo na área das emergências de saúde.

55. A proposta total de orçamento para o biênio era de US\$ 27,8 milhões.⁴ Esse montante refletia as propostas de aumento de US\$ 6,8 milhões para os programas de base e US\$ 20 milhões para programas específicos e a resposta a surtos e crises. Não houve proposta de aumento das contribuições fixas dos Estados Membros. O aumento dos programas de base seria financiado inteiramente com a alocação da OMS para a Região, que havia aumentado de US\$ 178,1 milhões em 2016-2017 para US\$ 190,1 milhões em 2018-2019. Como no passado, a Repartição esperava receber cerca de 80% da alocação total da OMS para o biênio. O orçamento para a categoria 6 (Liderança, governança e funções facilitadoras) havia sido reduzido em US\$ 12,4 milhões em comparação com o programa e orçamento de 2016-2017, em parte como resposta às preocupações expressas pelos Estados Membros em reuniões dos Órgãos Diretores ao longo do ano. Essa redução se deveu à melhoria da administração e ao aumento da eficiência operacional, bem como à

⁴ Salvo indicação em contrário, todos os valores monetários indicados neste documento estão expressos em dólares dos Estados Unidos.

decisão da Repartição de seguir à prática da OMS de prever os gastos com investimentos de capital e com a infraestrutura de tecnologia da informação fora do orçamento para programas.

56. O Sr. Chambliss recordou que o Comitê Executivo havia manifestado sua preocupação com reduções em algumas áreas do programa consideradas de alta prioridade, mas enfatizou que a Repartição estava segura de que o orçamento era realista e refletia o exercício de cálculo de custos de baixo para cima. Assinalou também que, apesar da redução no orçamento para as doenças imunopreveníveis, por exemplo, essa área continuava a ser a maior do programa na categoria 1. De modo semelhante, a saúde da mulher, da mãe, do recém-nascido, da criança, do adolescente e do adulto, e saúde sexual e reprodutiva continuava a ser a maior área do programa na categoria 3. Em alguns casos, as aparentes reduções eram, na realidade, simples transferências de recursos dentro da mesma categoria, como reflexo de alterações programáticas recentes na OMS. Foi esse o caso na área programática 5.2 (preparação para situações de emergência de saúde nos países e o Regulamento Sanitário Internacional).

57. O Sr. Chambliss concluiu sua apresentação demonstrando as características do novo portal do programa e orçamento da OPAS (<https://open.paho.org/>).

58. Os Estados Membros expressaram seu apoio ao projeto de programa e orçamento e elogiaram a priorização de baixo para cima, bem como os processos de cálculo de custos. Os esforços da Repartição para aumentar a eficiência e economizar recursos, bem como seu compromisso com a transparência e responsabilidade, foram aplaudidos. Sugeriu-se que, para aumentar ainda mais a transparência, os países considerados para formar a linha de base dos vários indicadores dos resultados imediatos deveriam ser identificados, e os que haviam se comprometido a alcançar as metas dos resultados imediatos até 2019 deveriam ser especificados.

59. Os delegados constataram com satisfação que não se propusera nenhum aumento das contribuições fixas, muito embora se reconhecesse que o atual nível de tais contribuições era insuficiente para enfrentar os desafios de saúde de toda a Região. Os Estados Membros foram instados a pagar de imediato as suas contribuições fixas e a Repartição foi incentivada a continuar a se esforçar para ampliar sua base de doadores para aumentar as contribuições voluntárias, sobretudo para as áreas programáticas prioritárias das categorias 2 e 3, que no passado costumavam ser subfinanciadas. Uma delegada apelou ao Diretor-Geral da OMS que garantisse que a Região recebesse sua alocação completa.

60. O Sr. Chambliss disse que a sugestão referente às linhas de base e metas dos indicadores seria levada em consideração à medida que a Repartição avançasse nos ciclos de planejamento tanto para 2018-2019 como para 2020-2021. Ele afirmou que a ampliação da base de doadores era uma prioridade para a Repartição.

61. A Diretora agradeceu aos Estados Membros sua participação nos processos de priorização e planejamento do programa e orçamento e garantiu às delegações que a Repartição havia feito o máximo para refletir as prioridades identificadas pelos Estados Membros, porém respeitando seu desejo de manter o crescimento nominal zero das

contribuições fixas. Ao mesmo tempo, tivera em mente que algumas áreas programáticas haviam sido subfinanciadas por longo tempo e, portanto, reduzira as alocações propostas para essas áreas a níveis mais realistas. Importava lembrar, porém, que o orçamento era um envelope vazio, ainda à espera de financiamento. Uma vez concretizado o financiamento flexível, a Repartição asseguraria que fosse alocado às áreas que os Estados Membros haviam determinado como prioritárias.

62. A Conferência adotou a resolução CSP29.R6, aprovando o programa e orçamento como constante do *Documento Oficial 354*. A Conferência aprovou também a resolução CSP29.R14, estabelecendo as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados para 2018.

Nova escala de contribuições fixas (documento CSP29/5 e Ad. I)

63. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê fora informado de que uma nova proposta de escala de contribuições fixas para o período 2018-2020 fora apresentada em março de 2017 à Comissão de Assuntos Administrativos e Orçamentários da Organização dos Estados Americanos (OEA), mas a nova escala não havia sido aprovada. Em contrapartida, solicitou-se à Comissão que reduzisse a cota de contribuição máxima e apresentasse diversos cenários de implementação, levando em conta a capacidade de pagamento dos Membros. Instituiu-se um grupo de trabalho para avaliar diversas opções tanto para a escala de contribuição como para os cenários de implementação. As recomendações do grupo de trabalho seriam apresentadas a uma sessão especial da Assembleia Geral da OEA a ser realizada em outubro de 2017. Nesse ínterim, a OEA havia decidido adotar uma escala provisória a ser aplicada somente em 2018. Assim, fora proposto que a Conferência Sanitária Pan-Americana também adotasse a escala provisória para 2018.

64. No debate que se seguiu, uma delegada afirmou que seu governo estava comprometido com o cumprimento das suas obrigações financeiras para com os organismos internacionais, reconhecendo sua valiosa contribuição para seus Estados Membros; por outro lado, observou que seu país estava numa situação econômica difícil e que o pagamento de uma contribuição fixa mais alta, conforme proposto na escala provisória de contribuições, seria um ônus excessivo. Sugeriu que a OPAS aguardasse a Assembleia Geral da OEA para tomar uma decisão final sobre a nova escala e nesse meio-tempo mantivesse as contribuições fixas do biênio 2016-2017. Outros delegados manifestaram opiniões semelhantes.

65. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que, entendera que a escala provisória proposta para 2018 seria a mesma escala que a de 2016-2017. Após análise posterior, porém, ele havia percebido que, embora as contribuições fixas de alguns Estados Membros de fato continuassem iguais, as de outros aumentariam ou diminuiriam. Essas diferenças foram apresentadas no Documento CSP29/5, Ad. I. Era imprescindível adotar uma escala de contribuições a ser aplicada em 2018, primeiro ano do novo período do orçamento bienal (ver os parágrafos 50 a 60 acima). Assim, a Repartição recomendou que a Conferência adotasse a escala provisória já

adotada pela Assembleia Geral da OEA. A Repartição apresentaria posteriormente uma escala revista, com base naquela adotada em última instância pela OEA, para análise pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março de 2018.

66. A Diretora lembrou que a OPAS era obrigada constitucionalmente a aplicar a escala da OEA. Como a escala da OEA para 2018-2020 só seria concluída após as últimas sessões dos Órgãos Diretores da OPAS em 2017, não seria possível adiar uma decisão sobre o assunto até que a Assembleia Geral da OEA adotasse a nova escala.

67. A Conferência decidiu aprovar a escala provisória de contribuições para 2018 (resolução CSP29.R13). Solicitou-se à Repartição que informasse prontamente aos Estados Membros as implicações da escala adotada pela Assembleia Geral da OEA em outubro. Também se instou a Repartição a persistir nos seus esforços para aumentar a eficiência, controlar gastos e reduzir a dependência das contribuições fixas. Para tanto, incentivou-se a Repartição a tirar partido da tecnologia da informação, por exemplo, fazendo mais reuniões virtuais, e a continuar a buscar a ampliação da sua base de doadores e obter mais contribuições voluntárias.

Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 (documentos CSP29/6, rev. 3, e Ad. I)

68. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê fora informado de que a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 estava sendo elaborada por um grupo de trabalho composto por representantes de 16 países e presidido pelo Equador. O Comitê havia elogiado as atividades do Grupo de Trabalho e acolhido o processo participativo de elaboração da Agenda. Além disso, havia recebido com satisfação o alinhamento da Agenda com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e o Plano Estratégico da OPAS, e aplaudido sua ênfase na coordenação intersetorial. Havia sido sugerido que a inclusão de metas específicas poderia reduzir a eficácia da Agenda como apelo político à ação, uma vez que as metas talvez tivessem que ser modificadas com o passar do tempo. Ao mesmo tempo, havia sido assinalado que fora extremamente difícil realizar a avaliação intermediária da Agenda de Saúde para as Américas vigente precisamente porque haviam faltado metas específicas para medir o progresso. O Comitê havia aprovado a resolução CE160.R15, recomendando que a Conferência aprovasse a nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas.

69. A Dra. María Verónica Espinosa Serrano (Equador, Presidente do Grupo de Trabalho dos Países) passou em revista o processo seguido pelo Grupo de Trabalho ao formular o projeto da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas, observando que o processo havia sido extremamente participativo e democrático. Em seguida, delineou as diversas seções da Agenda que representavam a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Ela constituiria a estrutura para a formulação de políticas e planejamento estratégico no nível mais alto nas Américas para o período 2018-2030. A Agenda reafirmava os princípios da solidariedade pan-americana, igualdade na saúde, universalidade, inclusão social e o direito ao mais alto padrão de saúde possível;

apresentava uma análise da situação da saúde e seu contexto na Região, e formulava 11 objetivos e 60 metas a serem atingidos até 2030. A Agenda seria implementada por meio dos planos estratégicos da OPAS e das várias estratégias e planos de ação adotados pelos seus Órgãos Diretores, bem como dos planos de saúde adotados no âmbito sub-regional e nacional.

70. Agradecendo aos membros do Grupo de Trabalho dos Países e a todos os países que tinham oferecido insumos para o trabalho do Grupo, a Dra. Serrano instou a Conferência a adotar a visionária e ambiciosa Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e convocou os Estados Membros a continuar a trabalhar para assegurar que toda mulher, homem, menina e menino das Américas gozasse uma vida saudável.

71. A Conferência expressou seu retumbante apoio ao projeto da Agenda de Saúde Sustentável para as Américas e elogiou as atividades do Grupo de Trabalho dos Países, agradecendo ao seu Presidente, o Equador, e aos seus dois Vice-presidentes, Barbados e Panamá. A Conferência também agradeceu à Repartição seu apoio ao trabalho do Grupo. As delegações aplaudiram o processo participativo para elaborar a Agenda, que lhe havia assegurado uma verdadeira coautoria dos países. Concordou-se que a Agenda funcionaria como plano detalhado para a ação de saúde pública no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e como um guia para os esforços isolados e coletivos para melhorar a saúde nas Américas. Numerosos delegados afirmaram que seus países pretendiam usar a Agenda como um importante documento de referência para o planejamento e a formulação de políticas nacionais, e vários deles informaram que seus países já haviam começado a alinhar seus planos nacionais de saúde com os e objetivos e metas da Agenda. Realçou-se que o próximo plano estratégico da OPAS também deveria estar alinhado estreitamente com a Agenda e definir ações e indicadores para a consecução das metas e objetivos.

72. Muitos delegados manifestaram a opinião de que a Agenda ajudaria a aumentar a solidariedade e a equidade na Região. Para tanto, os Estados Membros foram instados a aproveitar a oportunidade para estreitar a cooperação Sul-Sul e Norte-Sul, trocar experiências e trabalhar em conjunto para fortalecer os sistemas de saúde e alcançar a cobertura universal de saúde. Também se sentiu que a Agenda ajudaria a promover o trabalho intersectorial necessário para abordar os determinantes sociais da saúde e alcançar os ODS. A importância de monitorar o progresso rumo a resultados concretos foi sublinhada, e solicitou-se à Repartição que trabalhasse com os Estados Membros a fim de elaborar os indicadores para essa finalidade.

73. Vários delegados destacaram a Objetivo 5 da Agenda e enfatizaram a importância de garantir o acesso a medicamentos de qualidade a um custo acessível; eles destacaram também a importância de tirar partido das flexibilidades no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (ADPIC) para facilitar o acesso aos medicamentos. Uma delegada assinalou que uma nota de rodapé relacionada com os serviços de saúde sexual e reprodutiva dentro do Objetivo 1 deixava claro que o aborto nunca deveria ser promovido como método de planejamento familiar.

74. Os representantes de três ONGs elogiaram a Agenda, e um deles opinou que ela criava a base para uma mudança radical e abria caminho para alcançar a equidade nas Américas. Outro assinalou que a Agenda abria, no nível político mais elevado, uma oportunidade vital para aumentar o apoio à prevenção e controle das DNTs. Nesse sentido, a Delegada do Peru observou que seu governo organizaria a Oitava Cúpula das Américas em 2018 e pretendia promover a Agenda entre os chefes de Estado e de governo presentes no evento.

75. A Dra. Espinosa Serrano agradeceu aos Estados Membros suas expressões de apoio e sua participação no processo de consulta sobre a Agenda.

76. A Diretora agradeceu ao Equador, Barbados e Panamá por terem liderado o Grupo de Trabalho e a todos os Estados Membros que havia participado do seu trabalho. Prometeu que a Repartição trabalharia com os Estados Membros para assegurar a implementação da Agenda e a consecução dos objetivos.

77. A Conferência adotou a resolução CSP29.R2, aprovando a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030.

Política sobre etnia e saúde (documento CSP29/7, rev. 1)

78. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma minuta do documento de política sobre etnia e saúde e reconhecido a importância de abordar a associação entre a etnia e as desigualdades em saúde, sobretudo à luz da grande diversidade das populações em muitos países da Região. Houvera amplo consenso no tocante à necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde e reorientar os serviços de saúde por meio de um enfoque intercultural, enfatizando o respeito aos direitos individuais e coletivos. Vários delegados haviam solicitado a inclusão de mais experiências nacionais no documento de política, e mais ênfase na importância da medicina tradicional e no alinhamento da política com a *Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023*. Havia sido formado um grupo de trabalho para revisar a redação tanto do documento como do projeto de resolução e, posteriormente, o Comitê adotou a resolução CE160.R11, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana adotasse a política sobre etnia e saúde.

79. Na discussão que se seguiu, os Estados Membros acolheram o documento de política e agradeceram a RSPA por seu compromisso com um enfoque intercultural. Um delegado sugeriu que “interculturalismo” deveria substituir “etnia” no título da política. Os delegados reconheceram que a raça e a etnia eram determinantes sociais importantes da saúde e que a equidade e a inclusão eram direitos humanos universais. Observando que a política estava inserida no contexto de grandes acordos e iniciativas que reconheciam a necessidade de garantir o respeito aos direitos individuais e coletivos, e reconhecendo a existência de desigualdades em saúde baseadas na etnia, vários delegados descreveram as medidas que seus países haviam tomado para eliminar as barreiras ao acesso e oferecer serviços de saúde de qualidade a toda a sua população, sem discriminação. Entre as medidas tomadas, destacavam-se os esforços para promover a participação comunitária significativa de grupos afrodescendentes, indígenas, roma e outros grupos étnicos, bem

como a integração da sua medicina tradicional e visão do mundo à atenção primária à saúde, para obter resultados melhores em temas de saúde. Vários delegados mencionaram a necessidade de incorporar uma perspectiva étnica em todas as políticas.

80. Houve consenso quanto à necessidade de reorientar os sistemas de saúde adotando um enfoque intercultural, sobretudo na formação dos profissionais de saúde, e quanto à importância da ação interdisciplinar e das parcerias estratégicas. Um delegado salientou a necessidade de apoio financeiro e político adequado, bem como de ação sinérgica por parte das entidades nacionais, regionais e mundiais, para conseguir a implementação da política. Um dos maiores desafios identificados foi a necessidade de melhorar a gestão da informação, pois a falta de dados comparáveis de qualidade, discriminados por grupo étnico e gênero, representava um obstáculo real ao progresso nessa área. Assim, os delegados instaram que a RSPA prestasse cooperação técnica na produção de evidências para obter um retrato preciso da situação nas Américas e facilitar a implementação das políticas públicas com base científica.

81. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) agradeceu aos Estados Membros sua participação nas consultas nacionais, sub-regionais e regionais sobre etnia e saúde. Acolhendo o desejo dos países de avançar nessa área, ele salientou a necessidade de contar com informações mais detalhadas e específicas sobre as iniquidades sociais e afirmou que a implementação da política e do plano de ação a ser elaborado posteriormente forneceria as evidências necessárias para assegurar que ninguém fosse deixado para trás. Ressaltou que a instrução dos profissionais da saúde sobre as práticas ancestrais e a visão do mundo do público que eles atendiam, além da mudança da sua postura nesse particular, também era essencial para garantir o acesso a serviços de saúde, atendimento adequado e justiça social. Com respeito à sugestão de substituir “etnia” por “interculturalismo” no título da política, assinalou que “etnia” fora o termo acordado durante as discussões nas Nações Unidas.

82. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) agradeceu aos Estados Membros suas contribuições para a política, destacando a importância de vinculá-la ao trabalho nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a fim de assegurar que nenhuma população vulnerável ficasse para trás. Observou o elo da política com a nova Agenda de Saúde Sustentável para as Américas (ver os parágrafos 68 a 77 acima) e concordou que, sem dados desagregados, seria muito difícil avançar no enfrentamento das disparidades de saúde entre os diversos grupos étnicos.

83. A Conferência adotou a Resolução CSP29.R3, por meio da qual foi adotada a política sobre etnia e saúde.

Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023 (documento CSP29/8)

84. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que esse Comitê havia acolhido o projeto de plano de ação e concordado com a urgência da ação para manter a eliminação e deter a ameaça dos casos importados de sarampo e rubéola. Manifestou-se apoio às quatro linhas de ação estratégicas propostas no plano. Os delegados

havia salientado, em particular, a necessidade de vigilância epidemiológica sustentada e ampla cobertura de vacinação. Vários deles haviam expressado preocupação com a influência do movimento antivacinação e instado por campanhas de comunicação e orientação para combater a relutância com a vacinação. O Comitê havia adotado a resolução CE160.R2, recomendando que a Conferência aprovasse o plano de ação.

85. No debate que se seguiu, os Estados Membros elogiaram o plano de ação e seu roteiro, acolhendo com satisfação o fato de que estava alinhado com os planos mundiais e definia com clareza as linhas de ação, metas e indicadores. Os delegados descreveram os avanços dos seus países na eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, bem como as medidas tomadas para manter uma ampla cobertura de vacinação e reduzir o acúmulo de pessoas suscetíveis. Vários delegados observaram a necessidade de capacitar os profissionais de saúde para distinguir o sarampo e a rubéola de outras doenças caracterizadas por exantema e febre, como varicela e a doença causada pelo vírus Zika. Houve consenso em torno da necessidade de combater a relutância com a vacinação por meio de campanhas de orientação e comunicação, e vários delegados salientaram a necessidade da participação comunitária para manter uma ampla cobertura de vacinação. Contudo, uma delegada manifestou dúvidas sobre a viabilidade técnica de manter uma cobertura de 95% em todos os municípios e sugeriu que, em alguns casos, talvez fossem mais adequados indicadores integrados da cobertura de vacinação, vigilância, além de outras ações.

86. Instou-se a RSPA a ajudar os países a desenvolver, implementar e manter sistemas de informação robustos com tecnologias adequadas para melhorar a qualidade do monitoramento da cobertura de vacinação e da vigilância epidemiológica. Os delegados foram unânimes na sua preocupação com o risco dos casos importados decorrentes de viagens e movimentos migratórios pelo mundo afora; vários deles relataram surtos nos seus países e descreveram as respostas rápidas para prevenir o restabelecimento da transmissão endêmica. Apoio político e técnico, parcerias para a eliminação em todo o mundo, recursos financeiros e vigilância ativa foram considerados essenciais para salvaguardar os avanços obtidos na Região e assegurar que as Américas continuassem livres de surtos. No entanto, dada a baixa cobertura de vacinação em algumas partes da Região e a presença do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita em outras regiões do mundo, vários delegados consideraram prematuro fixar uma data para a eliminação mundial.

87. Uma representante do Sabin Vaccine Institute aplaudiu a liderança da RSPA na eliminação do sarampo e da síndrome da rubéola nas Américas e descreveu a colaboração do referido instituto com a OPAS a fim de fortalecer os programas de vacinação, ampliar o acesso a tratamentos médicos básicos, adotar novas vacinas e desenvolver as evidências científicas necessária para fundamentar as decisões sobre a introdução e implementação de vacinas. Ela observou que, na década passada, o trabalho do instituto havia sido conduzido pelo seu Diretor Executivo e Vice-presidente anterior, o Dr. Ciro de Quadros, cujo legado inspirou todos os membros do Sabin a manter o papel das Américas como líder na eliminação de doenças imunopreveníveis.

88. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) felicitou os Estados Membros pelo sucesso na eliminação da transmissão indígena do sarampo e da rubéola, e lhes agradeceu por seu compromisso de manter esse marco. Realçou, porém, que os países deveriam continuar alertas contra o risco da reintrodução dos vírus do sarampo e da rubéola pela via do turismo ou da migração de outras regiões, observando que somente a Europa havia registrado 15.000 casos de sarampo em 2016-2017. Era importante notificar os casos suspeitos de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, o mecanismo para difundir tais informações e manter os países atualizados sobre a situação. A RSPA estava ajudando os Estados Membros mediante a mobilização de consultores, cooperação técnica para fortalecer os programas de vigilância epidemiológica e a busca ativa de contatos e casos, além de apoio do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas de modo a permitir-lhes obter as vacinas necessárias para a imunização de rotina e kits para confirmação laboratorial dos casos.

89. Ele concordou que era crucial combater o movimento antivacinação por meio de campanhas de comunicação para orientar as comunidades sobre os benefícios da vacinação. Tais campanhas ganhariam cada vez mais importância à medida que declinasse a incidência do sarampo e da rubéola. Seria de suma importância ampliar a cobertura nas comunidades vulneráveis. Ele também observou que alguns grupos de médicos e enfermeiros nunca tinham visto um caso dessas duas doenças e necessitavam de capacitação para distingui-las de outras acompanhadas de exantema e febre, cujo número de casos estava crescendo.

90. Ele concordou que era necessário fortalecer os sistemas de informação. Nesse sentido, assinalou que a razão para estabelecer 95% como indicador para a cobertura de vacinação, em vez dos 90% usados em outras regiões, tinha a ver com o esforço para padronizar os dados de imunização e com a decisão de muitos países da Região de adotar registros de imunização individuais, o que facilitaria a estimativa da cobertura.

91. A Diretora agradeceu aos Estados Membros seu apoio ao plano de ação e confirmou a importância de manter os ganhos obtidos. Uma ampla cobertura de vacinação em todos os municípios era de extrema importância, assim como sistemas de vigilância robustos, capacitação e promoção da causa para eliminar a relutância com a vacinação, que estava se espalhando da América do Norte para o resto da Região. Ela rendeu homenagem ao trabalho do Dr. Ciro de Quadros, que também havia conduzido o programa de vacinação da OPAS durante muitos anos.

92. A Conferência adotou a resolução CSP29.R11, aprovando o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023*.

Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022 (documento CSP29/9)

93. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado uma minuta do plano de ação e reconhecido a importância das estatísticas vitais para a tomada de decisões, o planejamento e a implementação de

programas de saúde pública, bem como para a melhoria dos resultados de saúde. Alguns delegados haviam manifestado seu apoio ao projeto de plano de ação como meio de fortalecer os sistemas de estatísticas vitais e de mantê-los como prioridades nas agendas dos governos. Contudo, outros delegados haviam considerado o foco do plano muito estreito e acreditavam que deveria visar também a melhoria de outros aspectos dos sistemas de informação em saúde. Tinha havido consenso sobre a necessidade de maior interoperabilidade entre as estatísticas vitais e sistemas de informação em saúde, padronização dos dados, sistemas de informação eletrônicos e uso da tecnologia, como os números de identificação pessoal únicos. Também foi destacada a importância de maior intercâmbio de experiências e boas práticas, e melhor capacitação dos recursos humanos em matéria de codificação das mortes.

94. Em resposta às observações do Comitê, a Diretora havia sugerido que a Repartição poderia revisar o plano de ação a fim de esclarecer a vinculação entre o projeto de plano e a questão mais ampla dos sistemas de informação para a saúde, além de iniciar o processo de elaboração de um plano geral completo sobre os sistemas de informação em saúde, a ser encetado pelos Órgãos Diretores em 2018. Posteriormente, o Comitê havia respaldado uma proposta da Repartição para entabular consultas com os Estados Membros sobre projeto de plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais com o objetivo de apresentá-lo à 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana para adoção. O Comitê também havia respaldado um roteiro para as consultas sobre a formulação de uma estratégia e plano de ação sobre os sistemas de informação para a saúde, a ser considerado pelos Órgãos Diretores em 2018.

95. O Dr. Marcos Espinal (Diretor, Departamento de Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde, RSPA) pôs a Conferência em dia com os fatos ocorridos desde a sessão do Comitê Executivo em junho. Observou que a Região tinha avançado muito rumo à consecução dos objetivos do *Plano regional de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde 2008-2013*. Contudo, centenas de milhares de nascimentos e óbitos ainda deixavam de ser notificados e registrados e, assim, havia sido recomendado em 2016 que se formulasse um novo plano de ação para as estatísticas vitais para dar continuidade ao trabalho do plano anterior. O projeto de plano de ação era fruto de intensas consultas com os Estados Membros.

96. À luz das questões expressas pelo Comitê Executivo, havia sido formado um grupo de trabalho para fortalecer o plano mediante consultas virtuais em julho e agosto. Três minutas do plano haviam sido apresentadas aos Estados Membros, dos quais mais de 70% haviam oferecido valiosas sugestões, incorporadas ao novo plano conforme apresentadas no documento CSP29/9. O novo plano de ação compreendia quatro linhas estratégicas, que complementavam iniciativas mundiais como o plano mundial de investimento da OMS e do Banco Mundial para ampliar as capacidades de registro civil e estatísticas vitais no período 2015-2024 e o roteiro da iniciativa para a mensuração da saúde e prestação de contas da OMS, Banco Mundial e Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O novo plano de ação representava o primeiro passo a abordagem da questão dos sistemas de informação em saúde, para os quais seria apresentado um plano mais amplo em 2018.

97. A Conferência acolheu com satisfação o *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022* revisto. Os Estados Membros agradeceram à Repartição por haver organizado as consultas de julho e agosto e concordaram que tais consultados haviam resultado em melhorias substanciais do documento original e gerado um plano completo e atualizado que supria as demandas dos Estados Membros com respeito ao aperfeiçoamento das suas estatísticas vitais. Houve consenso de que os sistemas vitais de estatística eram um componente essencial dos sistemas de informação em saúde e que apoiavam a saúde pública ao embasar as políticas, identificar as prioridades e possibilitar o avanço rumo às metas de saúde nacionais e mundiais. Numerosos delegados observaram que o registro das pessoas imediatamente após o nascimento estabelecia sua identidade legal, dando-lhes acesso a benefícios governamentais essenciais, como os serviços de educação e saúde, enquanto o registro preciso dos óbitos garantia, entre outras coisas, o direito à herança, a atualização do cadastro de eleitores e a criação de um perfil epidemiológico para a população. Os delegados também assinalaram que o bom funcionamento dos sistemas de estatísticas vitais, com a coleta de dados oportuna, era essencial para a alocação de recursos suficientes, a formulação de políticas, a vigilância da saúde, o monitoramento dos programas, a prestação de contas por meio de relatórios e a medição do progresso rumo à consecução dos ODS.

98. Os delegados descreveram o progresso dos seus países no desenvolvimento e/ou melhoria dos seus sistemas de estatísticas vitais, com várias menções à utilidade da Rede da América Latina e Caribe para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação Sanitária (RELACSIS) para partilhar práticas de sucesso. Entre os desafios comuns, destacavam-se a falta de interoperabilidade entre os organismos, a limitada interconectividade com os sistemas internacionais de informação em saúde, a falta de dados desagregados e estratificados comparáveis e a capacitação inadequada do pessoal da área de saúde no registro de óbitos. A RSPA foi incentivada a elaborar mais indicadores para melhorar a integração de estatísticas vitais nos sistemas de informação em saúde e solicitou-se a ela que continuasse a orientar os países que buscavam melhorar seus sistemas de estatísticas vitais.

99. O Dr. Espinal agradeceu aos Estados Membros suas excelentes recomendações durante as consultas virtuais, acrescentando que essas consultas foram um exemplo notável de organização e trabalho em equipe. A RSPA estava empenhada em prestar a cooperação técnica e as orientações solicitadas pelos países e em elaborar um plano de ação para os sistemas de informação em saúde para ser considerado em 2018. O grupo de trabalho que havia colaborado com a Repartição no fortalecimento do plano de ação para as estatísticas vitais continuaria a prestar apoio não apenas na implementação do plano, mas também na elaboração do plano de ações sobre os sistemas de informação em saúde, que abrangeria os indicadores adicionais solicitados por um dos delegados.

100. A Diretora afirmou que o registro de nascimentos era importante para possibilitar às pessoas o acesso não apenas a serviços de saúde, mas também a outros serviços, como a educação, que eram determinantes sociais da saúde. A falta de registro de nascimentos era um problema que afetava em especial as comunidades pobres, de difícil acesso, e as pessoas que viviam em condições de vulnerabilidade. Ela agradeceu aos Estados Membros

o trabalho com a Repartição no documento e na resolução e esperava trabalhar com eles no plano de ação sobre os sistemas de informação em saúde.

101. A Conferência adotou a resolução CSP29.R4, aprovando o *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2023*.

Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde (documento CSP29/10)

102. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia manifestado firme apoio ao projeto de estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde e havia considerado que a estratégia apoiaria a formulação de políticas e planos no âmbito nacional, além de ajudar a remediar iniquidades na disponibilidade, distribuição e qualidade dos recursos humanos. A ênfase da estratégia na colaboração intersetorial, sobretudo entre os setores da saúde e da educação, havia sido recebida com satisfação. Ademais, havia sido salientada a necessidade de incorporar a instrução sobre novas tecnologias em saúde à formação dos profissionais de saúde. Os delegados haviam louvado o fato de a estratégia levar em conta o impacto da migração da força de trabalho da saúde e haviam reconhecido a necessidade de incentivos para atrair e reter os profissionais de saúde nas áreas rurais e subatendidas. Os delegados também haviam apoiado a ênfase da estratégia no estabelecimento de equipes interdisciplinares no primeiro nível da atenção, bem como no desenvolvimento de sistemas de informação para identificar as lacunas de recursos humanos. O Comitê havia adotado a resolução CE160.R4, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana adotasse a estratégia.

103. A Conferência manifestou apoio unânime à estratégia, com vários delegados comentando que era oportuna e identificava com precisão os principais desafios a enfrentar no tocante aos recursos humanos para a saúde na Região. Os delegados acolheram o enfoque participativo adotado ao elaborar a estratégia e entenderam que suas três linhas de ação forneceriam orientação adequada para formular e aperfeiçoar políticas, planos, regulamentações e programas de formação profissional nacionais sobre recursos humanos. Vários delegados informaram que seus países já estavam implementando algumas das intervenções recomendadas na estratégia.

104. Houve consenso de que seria impossível alcançar a cobertura universal de saúde e garantir a todos o direito de desfrutar do mais alto padrão possível de saúde sem uma provisão suficiente de recursos humanos de qualidade. Para garantir o acesso das populações vulneráveis e subatendidas a serviços de saúde, considerou-se crucial assegurar, no nível da atenção primária, a disponibilidade de pessoal de saúde suficiente e devidamente capacitado. Também foi destacada a importância de ter a correta combinação e distribuição de profissionais de saúde. A esse respeito, diversos delegados salientaram a necessidade de coordenação entre os setores da saúde e educação para melhorar o planejamento da força de trabalho da saúde e assegurar que a formação dos profissionais da área fosse adequada às necessidades das populações atendidas. A importância da educação contínua para o pessoal de saúde foi igualmente enfatizada, e sugeriu-se que a

renovação de licenças para os profissionais da área deveria estar condicionada pela exigência de educação contínua.

105. Vários delegados salientaram a necessidade de estratégias e regimes de incentivo eficazes para promover a retenção do pessoal de saúde, sobretudo em áreas remotas e subatendidas. Uma série de delegados lamentou a evasão de cérebros — que uma delegada caracterizou como “roubo de cérebros” — causada pela contratação de profissionais de saúde para trabalhar no exterior, que havia privado seus países de origem dos recursos humanos necessários, paralisado a prestação de alguns serviços de saúde e reduzido a qualidade da atenção. Sugeriu-se que o projeto de resolução sobre o tema fosse modificado para de modo a instar os Estados Membros a buscarem o diálogo e parcerias a fim de fazer face aos desafios prementes enfrentados nos países de origem, inclusive mediante acordos bilaterais que estabelecessem estruturas para o deslocamento ordenado dos profissionais de saúde capacitados para suprir as necessidades dos países de destino sem minar a segurança da saúde nos seus países de origem. Realçou-se a importância de observar o *Código mundial de práticas da OMS para a contratação internacional de profissionais da saúde*.

106. Um representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina assinalou que a escassez de profissionais da saúde não poderia ser remediada apenas pelo aumento do número de diplomados; também era essencial assegurar a qualidade da sua formação por meio de mecanismos de garantia da qualidade e do credenciamento obrigatório. Uma representante da Fundação Interamericana do Coração acolheu com satisfação a ênfase da estratégia em melhorar a distribuição da força de trabalho da saúde de modo a chegar até as populações vulneráveis e subatendidas. Destacou o problema da cardiopatia reumática, observando que afetava, sobretudo, as crianças e jovens que viviam em condições de pobreza, e recomendou a inclusão das intervenções relacionadas à cardiopatia reumática nos pacotes universais de atenção básica à saúde no nível primário.

107. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) recordou que a Repartição havia iniciado o processo de elaboração da estratégia em 2015, em resposta a um apelo dos Estados Membros em favor de um enfoque mais estratégico para fazer face às necessidades de recursos humanos. Estava claro que a concretização da cobertura universal de saúde dependia da disponibilidade, distribuição e qualidade dos recursos humanos em saúde. A Região precisava aumentar de 24 para 45 o número de médicos, enfermeiros e parteiras por 10.000 habitantes, o que exigiria um aumento maciço na produção de recursos humanos qualificados para a saúde.

108. Nas consultas sobre a estratégia, os Estados Membros haviam salientado a necessidade de gestão eficaz para orientar os sistemas de saúde rumo à consecução dos seus objetivos. Uma faceta dessa gestão era definir os recursos humanos necessários, o que exigiria um diálogo intersetorial entre a saúde, a educação, o trabalho, as finanças e outros setores. Em seguida, os resultados desse diálogo teriam de ser transformados em políticas e regulamentos nacionais sobre os serviços de saúde e as competências e o desempenho dos profissionais de saúde.

109. A migração dos profissionais de saúde era um fenômeno que atingia todos os países, e alguns sofreram perdas significativas de recursos humanos em saúde. A estratégia previa medidas para promover a retenção, mas também enfatizava a importância do planejamento da força de trabalho, não apenas do ponto de vista do setor da saúde, mas também do ponto de vista da educação e do trabalho. A experiência havia mostrado que, embora não fosse possível deter totalmente a migração dos profissionais de saúde, não havia dúvida de que essa migração se reduziria se fossem aplicadas estratégias abrangentes que previassem incentivos econômicos, iniciativas de promoção da carreira profissional e esforços para garantir condições de trabalho estáveis e decentes. O plano de ação a ser desenvolvido no próximo ano especificaria objetivos, metas e cronogramas para a ação quanto ao tema da migração. O credenciamento, que poderia ser uma ferramenta importante para assegurar a qualidade e a capacidade de resposta tanto dos serviços de saúde como da força de trabalho de saúde, também teria lugar de destaque no plano de ação.

110. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) observou que o tema dos recursos humanos em saúde era complexo. Enquanto alguns países necessitavam de mais médicos e não os encontravam, outros produziam médicos em excesso, que os seus sistemas de saúde não tinham como absorver. O mesmo ocorria com outros profissionais de saúde. Talvez o foco houvesse recaído excessivamente sobre a profissão médica. Era importante reconhecer a contribuição que os técnicos em saúde poderiam dar para fortalecer a atenção primária à saúde. Era também importante para as instituições de ensino trabalhar com o setor da saúde para assegurar que os programas de formação profissional produzissem profissionais de saúde com as qualificações certas.

111. O projeto de resolução constante do documento CSP29/10 foi modificado de modo a refletir as observações e sugestões formuladas durante a discussão e, posteriormente, foi adotado na forma da resolução CSP29.R15, por meio da qual a Conferência adotou a estratégia.

Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022 (documento CSP29/11)

112. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia manifestado seu apoio geral à estratégia e plano de ação e respaldado as quatro linhas estratégicas propostas no plano. Os delegados haviam reconhecido o forte vínculo entre o tabagismo e a morte e a incapacidade decorrentes das doenças não transmissíveis, bem como o impacto econômico do aumento das despesas em saúde pública e dos gastos do próprio bolso e a perda de produtividade da força de trabalho decorrentes do tabagismo. Manifestou-se preocupação com os constantes desafios aos esforços para reduzir o tabagismo, sobretudo a interferência da indústria do tabaco nos esforços para controlar o tabagismo. Vários delegados haviam salientado a necessidade de priorizar a saúde acima dos interesses comerciais, em particular os da indústria do tabaco, e apelado à Repartição para que ajudasse os Estados Membros a fortalecer sua capacidade nesse sentido, inclusive por meio da cooperação técnica para ajudar na elaboração dos instrumentos legais e melhorar a compreensão dos acordos comerciais internacionais. Ao

mesmo tempo, enfatizou-se que as intervenções para o controle do tabagismo deveriam levar em consideração os contextos nacional e local e deveriam ser compatíveis com as obrigações dos Estados na esfera do comércio exterior. O Comitê havia aprovado a resolução CE160.R10, recomendando que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovasse a estratégia e plano de ação.

113. A Conferência acolheu a estratégia e plano de ação e observou com satisfação que o documento estava alinhado com as recomendações da Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Os delegados reconheceram que o tabagismo era o principal fator de risco das doenças não transmissíveis — as principais causas da morbidade e mortalidade precoce na Região. Observando as devastadoras consequências das DNTs, que afetavam desproporcionalmente as populações vulneráveis, os delegados concordaram que a epidemia de tabagismo estava dificultando o progresso rumo à consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. A estratégia e plano foram considerados um bom roteiro para os países acelerarem a execução da Convenção-Quadro e contribuírem para a redução das doenças não transmissíveis e para a melhoria da saúde dos povos das Américas.

114. Numerosos delegados relataram as iniciativas dos seus países para controlar o tabagismo e os avanços obtidos em termos das quatro intervenções prioritárias da Convenção-Quadro, as chamadas “melhores opções”, para fortalecer o controle do tabagismo: o aumento dos impostos sobre os produtos do fumo; ambientes livres do fumo; advertências grandes e explícitas na embalagem dos produtos do fumo e a proibição da publicidade, promoção e patrocínio dos produtos do fumo. Vários delegados observaram que seus países haviam visto reduções significativas das DNTs em decorrência das iniciativas para controlar o tabagismo, mas notaram que o tabagismo entre os adolescentes e jovens continuava a ser um grave problema de saúde pública. Destacou-se a importância de evitar que as pessoas comecem a fumar. Com esse propósito, os delegados defenderam a adoção de medidas como o uso de embalagens simples, para ajudar a tornar o tabagismo menos atraente, o controle dos cigarros eletrônicos e as campanhas de educação e comunicação para conscientizar sobre os perigos do fumo. Um delegado instou por opções economicamente viáveis para o plantio do tabaco, a fim de reduzir a oferta de produtos do fumo.

115. Vários delegados mencionaram a necessidade de monitoramento eficaz do cumprimento da legislação nacional. Uma área de especial interesse foi o comércio ilícito de produtos do fumo, que em um país representava 20% do mercado de cigarros. Para combater o problema, um delegado recomendou fortalecer os sistemas de alfândega e intensificar a fiscalização. Vários informaram que seus países haviam ratificado o *Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco*.

116. A principal preocupação citada pelos delegados foi a interferência da indústria do tabaco, que em alguns países forceja para bloquear os esforços para implementar a Convenção-Quadro. Os delegados buscaram a ajuda da Repartição para redigir leis nacionais e coordenar esforços para combater a interferência da indústria. Vários Estados Membros se ofereceram para compartilhar suas experiências no controle do tabagismo.

117. Representantes de três organizações não governamentais felicitaram a Organização pela estratégia e plano de ação, sublinhando que o tabagismo era a principal causa evitável de morbidade e mortalidade precoce nas Américas e o único fator de risco comum às quatro principais doenças não transmissíveis. Pediram a aplicação de medidas de saúde pública básicas para desencorajar o fumo, das quais as mais eficazes eram as imagens de impacto nas advertências nas embalagens de produtos do fumo e os impostos mais altos sobre tais produtos. Além disso, instaram pela unidade nos esforços para combater a influência da indústria do tabaco e de que defende seus interesses. O representante da Fundação Interamericana do Coração apelou pela ratificação do *Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco*, com o objetivo de combater o argumento da indústria do tabaco de que os impostos mais altos sobre os produtos do fumo aumentariam o comércio ilícito.

118. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) observou que estava claro que os Estados Membros reconheciam que a estratégia e plano de ação eram oportunos e visavam acelerar a implementação da Convenção-Quadro, além de fortalecer as linhas de ação com base científica que haviam demonstrado resultados na redução do tabagismo na Região. Era alentador ver dados concretos sobre o impacto da implementação completa da Convenção-Quadro em alguns países. A Convenção havia sido implementada com êxito por vários países da Região, demonstrando que era factível e politicamente viável. Contudo, 17 Estados signatários da Região ainda não tinham ambientes livres de fumo nos espaços públicos e locais de trabalho, o único meio eficaz de proteger as pessoas da exposição à fumaça do tabaco. Além disso, apesar da ampla evidência de que as advertências nas embalagens eram eficazes para conscientizar os fumantes dos perigos do tabagismo, 19 países da Região ainda não as haviam adotado.

119. Conseguiram-se alguns avanços no que se refere ao comércio ilícito de tabaco, pois alguns países começaram a marcar, detectar e rastrear produtos de tabaco, o que era a única maneira de conter esse comércio. Isso foi importante em vista da alegação da indústria do tabaco de que os impostos mais altos intensificariam o comércio ilícito. Também foi importante destacar que, embora fosse necessário que o *Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos do Tabaco* fosse ratificado por 40 países para entrar em vigor e 30 países já o houvessem assinado, apenas cinco países das Américas haviam aderido ao Protocolo.

120. Em resposta a questões específicas levantadas durante a discussão, o Dr. Hennis felicitou a Guiana como o primeiro país da Região a implementar plenamente a legislação sobre o tabaco, observando que outros seis países haviam implementado três das quatro “melhores opções”. No tocante à forma como a RSPA enfrentaria a questão da interferência da indústria, ele informou que a Repartição elaboraria os critérios para medir o indicador 4.1 do plano de ação, relativo à forma de fortalecer a implementação do artigo 5.3 da Convenção-Quadro. A Repartição também compilaria e partilharia os exemplos da implementação desse artigo a ela comunicados nos relatórios de progresso bienais dos Estados signatários da Convenção. Seriam especialmente pertinentes os relatórios dos Estados signatários na Região que haviam documentado seus esforços para elaborar e

instituir diretrizes para evitar conflitos de interesses e reforçar a transparência e a integridade.

121. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) reconheceu o trabalho dos Estados Membros no controle do tabagismo e comentou que eles tinham pela frente um caminho íngreme, considerando a oposição da indústria do tabaco e do setor de bares e restaurantes. Era essencial um esforço social conjunto para alcançar as metas do controle do tabagismo, como demonstravam os países que haviam avançado mais. O êxito do Uruguai ao defender as suas restrições ao ato de fumar numa ação judicial movida pela indústria do tabaco era um exemplo para o resto da Região. Outro fato positivo foi o surgimento de uma legião de jovens apaixonados pela causa de melhorar a saúde pública, como demonstrou a representante da Federação Internacional das Associações de Estudantes de Medicina. O Subdiretor manifestou a esperança de que ela e seus colegas estudantes de medicina poriam sua paixão a serviço do trabalho dos Ministérios da Saúde e de que os ministérios aproveitariam o entusiasmo dos seus estudantes de medicina para transmitir mensagens sobre a saúde à população.

122. A Conferência adotou a resolução CSP.R12, aprovando a estratégia e plano de ação.

Atualização sobre a situação e os desafios do suprimento da vacina inativada contra poliomielite para manter a erradicação da doença na Região das Américas (documento CSP29/16)

123. O Dr. Cuautémoc Ruiz Matus (Chefe, Unidade de Imunização Integral da Família, RSPA) apresentou esse tema, fornecendo uma atualização das dificuldades que a Região vinha enfrentando na compra da vacina de vírus inativado contra a pólio (vacina inativada). Recordou que, como parte da estratégia mundial para a eliminação da poliomielite, todos os países do mundo haviam começado a adotar vacina bivalente no lugar da trivalente, eliminando o componente que protegia contra o poliovírus tipo 2. Assim, havia sido decidido que todos os países deveriam adotar pelo menos uma dose da vacina de vírus inativado no seu calendário de vacinação, a fim de proteger contra o risco de circulação de um poliovírus tipo 2 derivado da vacina, como ocorrera em algumas regiões do mundo. Os produtores de vacinas haviam se comprometido a atender a demanda mundial atual da vacina inativada, mas, posteriormente, informaram que só poderiam suprir 50% a 60% dessa demanda devido, sobretudo, ao controle de qualidade e a problemas na liberação por lotes. Em consequência, muitos países não haviam adotado a vacina de vírus inativado ou haviam sofrido escassez da vacina. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), menos de 50% da demanda mundial da vacina havia sido atendida.

124. Nas Américas, felizmente, a situação não havia sido tão desesperadora. Mais de 50% da demanda pela vacina de vírus inativado havia sido satisfeita com uma monodose da vacina em seringas pré-cheias. A demanda total de 2017 fora estimada em cerca de 8 milhões de doses, e a oferta havia sido de cerca de 5,1 milhões. Até o momento, a Região havia recebido 2,4 milhões de doses; os fornecedores não haviam fornecido um

cronograma de entrega para os 2,7 milhões de doses restantes e, portanto, 31 países estavam enfrentavam o risco de escassez da vacina.

125. Em 2014, o Grupo Técnico Assessor (GTA) para as Américas havia recomendado que se aplicassem pelo menos duas doses da vacina inativada nas crianças. No entanto, quando a escassez mundial da vacina se acentuou, o GTA decidiu recomendar que se administrasse apenas uma dose. Em 2016, quando os fabricantes da vacina anunciaram mais limitações da oferta, o Grupo de Assessoria Estratégica de Especialistas em Imunização, da OMS, havia recomendado que todos os países passassem a usar doses fracionadas de vacina de vírus inativado. Nas Américas, o GTA havia recomendado essa substituição em março de 2017. Estudos feitos por vários países, como Cuba no caso das Américas, haviam indicado que duas doses fracionadas da vacina inativada ofereceriam proteção suficiente contra qualquer tipo de poliovírus. O principal desafio associado ao uso das doses fracionadas era a necessidade de recapacitar os profissionais de saúde para administrarem as injeções intradérmicas. Oito países estavam no processo de recapacitar seus profissionais.

126. Como parte do seu mandato, a RSPA e o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas haviam estado em contato constante com fornecedores de todo o mundo e havia a possibilidade de obter uma oferta maior de vacina de vírus inativado para 2017 e, provavelmente, para o período 2018-2020. A compra de uma quantidade suficiente para o resto do ano em curso permitiria aos países prorrogar o uso de doses fracionadas da vacina de vírus inativado e lhes daria tempo para recapacitar seus profissionais de saúde. Contudo, talvez fosse necessário manter negociações extraordinárias com os fornecedores sobre a disponibilidade de mais doses. Assim, solicitou-se à Conferência que considerasse o projeto de resolução anexado ao Documento CSP29/16, que autorizaria a Diretora a avançar com as negociações.

127. Na discussão que se seguiu, os delegados concordaram que a iminente ameaça de escassez criava um risco para a manutenção da erradicação da poliomielite na Região e poderia solapar a confiança pública nos programas de vacinação. Os delegados observaram que os países da Região tinham pela frente decisões difíceis, uma das quais era usar doses fracionadas da vacina inativada enquanto se esperava um aumento da oferta da vacina. A reação à proposta de usar doses fracionadas foi dividida: algumas delegações a consideravam uma solução viável, enquanto outras relutaram.

128. Muitas delegações manifestaram seu apoio ao projeto de resolução para permitir à Diretora negociar preços fora dos parâmetros do Fundo Rotativo, embora tenham salientado igualmente a necessidade de obter os melhores preços possíveis. Alguns, porém, temiam que a aprovação da resolução poderia abrir a porta para um aumento geral nos preços das vacinas. Uma delegada solicitou uma proposta detalhada das negociações de preço. Realçou-se que não se deveria permitir que os interesses comerciais e financeiros da indústria farmacêutica prevalecessem sobre os interesses da saúde pública.

129. Assinalou-se que a situação era especialmente aguda no Caribe, onde os recentes furacões haviam destruído a rede elétrica e interrompido a cadeia de refrigeração, com a

consequente perda de vacinas e outros suprimentos médicos. Vários delegados pediram à RSPA que abordasse as vulnerabilidades específicas do Caribe, e uma delas solicitou a formulação de um plano mestre para dividir as vacinas entre os países a fim de otimizar a imunização das crianças na sub-região.

130. O Dr. Ruiz Matus aplaudiu o trabalho dos Estados Membros para manter uma ampla cobertura da vacinação e assegurar que a Região permanecesse livre da poliomielite. Destacou que as observações dos delegados haviam demonstrado amplo apoio ao Fundo Rotativo e afirmou que o projeto de resolução para permitir à Diretora entabular negociações de preço para a vacina de vírus inativado estava alinhado com os princípios de solidariedade e pan-americanismo do Fundo.

131. O Dr. John Fitzsimmons (Chefe, Programa Especial para o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, RSPA) afirmou que a Repartição trabalharia com os países do Caribe para atenuar os efeitos dos recentes furacões e a perda de vacinas e equipamentos. Ao tratar da preocupação com um aumento nos preços das vacinas em geral caso as negociações propostas avançassem, ressaltou que a situação da vacina de vírus inativado era excepcional. A Repartição estava explorando todas as possibilidades para assegurar a oferta suficiente da vacina, mas o êxito não fora completo. Assim, a Diretora havia sentido que era importante conscientizar os Estados Membros da situação e buscar sua aprovação para entabular as negociações extraordinárias caso necessário.

132. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) comentou que o trabalho do Fundo Rotativo envolvia não apenas o apoio técnico aos Estados Membros por meio da Unidade de Imunização Integral da Família, mas também o controle de qualidade por intermédio da Unidade de Medicamentos e Tecnologias em Saúde do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde e a logística das compras por meio do Programa Especial para o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Ele e a equipe jurídica da RSPA haviam dedicado muitas horas a negociações em nome dos países para obter e manter os melhores preços possíveis para o Fundo Rotativo. Agradeceu aos Estados Membros seu apoio e esforços para preservar a ampla cobertura da vacinação e manter a Região na vanguarda dos esforços para eliminar as doenças imunopreveníveis.

133. Modificou-se o projeto de resolução para abordar as diversas preocupações expostas durante a discussão. Em particular, fez-se um acréscimo ao texto para deixar claro que a autorização para ajustar os termos e condições do Fundo Rotativo estava sendo concedida em caráter excepcional e só se aplicava às negociações da vacina de vírus inativado. Solicitou-se à Repartição que, em 2018, informasse o Comitê Executivo, por meio do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, do resultado de qualquer negociação extraordinária. Pediu-se também que a Repartição mantivesse a coordenação com a Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite.

134. A resolução modificada foi adotada como resolução CSP29.R16.

Assuntos administrativos e financeiros***Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas (documento CSP29/12 e Add. I)***

135. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê fora informado de que, até junho de 2017, a Organização havia recebido US\$ 26,8 milhões relativos a contribuições de anos anteriores, perfazendo 66% do total pendente. Com isso restava um saldo em aberto de US\$ 13,7 milhões de anos anteriores. O Comitê também havia sido informado de que, até junho, nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto previstas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS. Com respeito ao ano corrente, até o fim de junho, haviam sido recebidos US\$ 30,9 milhões, equivalentes a 30,2% do total das contribuições fixas previstas para 2017. Doze Estados Membros haviam feito o pagamento total referente a 2017 e um também saldado uma parte da contribuição de 2018.

136. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) informou que, até 22 de setembro de 2017, haviam sido recolhidos US\$ 51,7 milhões, representando 50,5% das contribuições fixas do ano. Esse valor era superior em cerca de US\$ 600.000 ao indicado no documento CSP29/12, Add. I, que apresentava o total até 18 de setembro. Após essa data, haviam sido recebidos pagamentos de Cuba, Panamá, Paraguai e Uruguai, que haviam pagado a totalidade das suas contribuições. Um total de 23 Estados Membros havia pagado suas contribuições integralmente e merecia agradecimentos. Além disso, três países haviam efetuado pagamentos antecipados referentes a 2018.

137. Embora a arrecadação até o momento equivalesse a apenas 50,5% do montante devido, representava, na verdade, a maior proporção de pagamentos recebida àquela altura do ano desde 2012. Em termos de contribuições anteriores, haviam sido recebidos US\$ 40,1 milhões, representando 99% das contribuições de anos anteriores e deixando um saldo pendente de apenas US\$ 0,4 milhão, um resultado excelente para a Organização. Atualmente, nenhum Estado Membro estava sujeito às restrições de voto estabelecidas no Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

138. A Diretora agradeceu aos Estados Membros que haviam pagado suas contribuições, ao mesmo tempo em que manifestou a esperança de que os futuros pagamentos fossem recebidos mais cedo.

139. A Conferência adotou a resolução CSP29.R1, manifestando sua gratidão aos Estados Membros que já haviam efetuado pagamentos referentes a 2017, e instou todos os demais a cumprir prontamente suas obrigações financeiras para com a Organização.

Relatório financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2016 (Documento Oficial 353)

140. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê havia sido informado de que, em 2016, o total da receita consolidada, incluídas as contribuições voluntárias e os recursos recebidos para compras em nome dos Estados

Membros, havia somado US\$ 1,4 bilhão, montante ligeiramente inferior ao de 2015. Essa redução se deveu principalmente a uma diminuição da receita das contribuições voluntárias nacionais, que, por sua vez, havia resultado da depreciação das taxas de câmbio. O Comitê também fora informado que o gasto total em 2016 havia chegado a US\$ 1,426 bilhão e que o ano havia encerrado com um excedente de US\$ 21,8 milhões. Fora assinalado que um excedente semelhante havia sido informado no encerramento do ano em 2014, também o primeiro ano de um biênio, quando os gastos tendiam a ser inferiores aos do segundo ano.

141. O Comitê havia acolhido com satisfação o parecer sem modificações do auditor externo sobre as demonstrações financeiras da Organização e louvado a Repartição por sua gestão eficaz e transparente dos recursos. Os delegados também haviam recebido o excedente com satisfação, observando que fora conseguido a despeito da redução da receita em 2016. Ao mesmo tempo, assinalara-se que a execução do orçamento também parecia haver diminuído e que algumas contribuições voluntárias haviam sido devolvidas aos doadores. A Repartição foi incentivada a tomar medidas para assegurar a plena execução dos recursos dos doadores. Havia sido apontado um aumento da taxa de arrecadação das contribuições fixas, embora se tenha ressaltado que sua taxa ainda era baixa. Os delegados haviam apelado à Repartição que persistisse nos seus esforços para aumentar a taxa de arrecadação e instado os Estados Membros a pagar pontualmente suas contribuições fixas.

142. Na discussão que se seguiu, os delegados acolheram o relatório financeiro e o relatório do auditor externo, considerando que juntos compunham uma grande contribuição para a prestação de contas e permitiam aos Estados Membros saber até que ponto a Organização estava alcançando seus objetivos. A bem da transparência, foi sugerido que futuros relatórios revelassem não apenas os montantes monetários das contribuições voluntárias, mas também a categoria e área programática às quais tais recursos seriam alocados.

143. Instou-se a Repartição a implementar todas as recomendações do auditor externo. Assinalou-se que as recomendações relativas ao Sistema de Informação para a Gestão da RSPA (PMIS) indicavam a necessidade de examinar como o sistema estava sendo usado, e ressaltou-se que o uso do sistema não deveria dificultar o trabalho da Organização. Uma delegada, observando que sua delegação havia manifestado reiteradamente sua preocupação com o grande número de funcionários de alto escalão que se aposentariam em breve, assinalou que o auditor externo havia levantado duas questões que, na sua opinião, exigiam providências não apenas da Repartição, mas também dos Estados Membros. Uma era o déficit de US\$ 192,1 milhões do seguro-saúde pós-serviço; a outra era a necessidade de mecanismos para captar o conhecimento e a experiência dos funcionários da OPAS de longo prazo. Ela considerava que essas duas questões deveriam ser examinadas de forma mais profunda pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração na sua próxima sessão, e solicitou que, antes da sessão, a Repartição apresentasse mais informações sobre a escala dos problemas e sobre as medidas que ela estava tomando para resolvê-los.

144. Segundo outro delegado, era sabido que as contribuições fixas não eram suficientes para financiar as atividades planejadas da Organização e que as contribuições voluntárias haviam diminuído e eram irregulares; em muitos casos, elas também estavam vinculadas a finalidades específicas. Ele observou também que, embora a alocação da OMS para a Região houvesse aumentado um pouco, o montante não havia sido o bastante para resolver o problema do financiamento insuficiente das contribuições fixas. Solicitou que se esclarecesse a razão pela qual as contribuições voluntárias nacionais não eram contabilizadas como parte da receita da Organização.

145. O Sr. Xavier Puente Chaudé (Diretor, Departamento de Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) em resposta às observações sobre o PMIS, enfatizou que 2016 foi o primeiro ano em que a Organização havia trabalhado com o sistema em sua totalidade. Para a Repartição, sua implementação fora um desafio que, porém, havia sido superado com êxito, e o ano havia sido encerrado usando o sistema. As áreas para as quais as contribuições voluntárias eram alocadas já eram objeto de notificação, mas a Repartição trabalharia para tornar as informações mais claras. Conforme informado várias vezes no passado, a OPAS e a OMS estavam trabalhando em conjunto para eliminar progressivamente a insuficiência no financiamento do seguro saúde pós-serviço, e esse processo estava avançando satisfatoriamente.

146. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) explicou que as contribuições voluntárias nacionais não eram incluídas no programa e orçamento da Organização porque eram negociadas e doadas em âmbito nacional, as condições do seu desembolso eram fixadas em âmbito nacional e a responsabilidade pelo uso dos recursos permanecia em âmbito nacional. Ademais, as contribuições voluntárias nacionais atualmente eram bem vultosas, e incorporá-las ao orçamento da OPAS envolveria um aumento considerável no Programa e Orçamento. Contudo, um grupo consultor dos Estados Membros revisaria o próximo Plano Estratégico e o próximo ciclo de programas e orçamento, a partir de 2018. Nesse momento, poderia ser analisada a questão de como tratar as contribuições voluntárias nacionais no futuro.

147. A Diretora acrescentou que as contribuições voluntárias nacionais vinham de um pequeno grupo de países e beneficiavam projetos específicos em âmbito nacional. Nos últimos anos, a grande maioria viera do Brasil para o projeto Mais Médicos. Ela concordou que as contribuições fixas representavam uma importante fonte de financiamento flexível, sobretudo no contexto do processo de priorização de baixo para cima da Organização, enquanto muitas contribuições voluntárias eram vinculadas a finalidades específicas. A Repartição estava fazendo todo o possível para captar contribuições voluntárias mais flexíveis. Com respeito à transferência de conhecimento dos próximos aposentados, a Repartição havia elaborado um programa que descrevia as classes de conhecimento e experiência que precisariam ser transferidos e ajudava a determinar a redefinição de funções necessária, pois as aptidões exigidas 30 anos atrás talvez já não fossem necessárias.

148. A Conferência tomou nota do relatório.

Nomeação do auditor externo da OPAS para 2018-2021 (documento CSP29/13)

149. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê fora informado de que, em agosto de 2016, a Repartição havia enviado uma nota verbal aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados solicitando indicações para a função de auditor externo. Como não havia sido recebida nenhuma indicação até o fim do prazo, 31 de janeiro de 2017, este foi prorrogado até 19 de junho. Em meados de junho, a Repartição recebeu uma comunicação do Governo do Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, indicando seu Escritório Nacional de Auditoria para a função de auditor externo. O Comitê de Auditoria da OPAS havia examinado a documentação apresentada com a indicação e recomendado enfaticamente que o Escritório Nacional de Auditoria fosse selecionado como auditor externo da OPAS.

150. Sir Amyas C. E. Morse (Controlador e Auditor Geral do Reino Unido) apresentou um breve resumo dos serviços que o Escritório Nacional de Auditoria poderia prestar. Uma descrição mais completa constava do Anexo B do documento CSP29/13. Ele realçou os conhecimentos especializados e a experiência do Escritório, além da sua independência do Governo do Reino Unido, e também louvou o enfoque atualizado da OPAS no tocante aos assuntos de auditoria.

151. Vários delegados expressaram seu agradecimento pelo enfoque detalhado e completo do Escritório à tarefa de auditoria, descrito na apresentação. Um deles comentou que seria útil se o Escritório Nacional de Auditoria pudesse concluir seu relatório de auditoria até a sessão de março do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração.

152. A Conferência adotou a resolução CSP29.R7, nomeando o Escritório Nacional de Auditoria do Reino Unido auditor externo para o período 2018-2021.

Seleção de Estados Membros para comissões e comitês***Eleição de dois membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (documento CSP29/14)***

153. A Conferência elegeu Barbados e El Salvador membros do Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (resolução CSP29.R9).

Prêmios***Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) (documento CSP29/15)***

154. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que a comissão julgadora do Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde, composta por representantes da Argentina, Brasil, Estados Unidos da América, Panamá e Trinidad e Tobago havia se reunido durante a 160ª sessão do Comitê Executivo. Após o exame das

informações sobre os candidatos indicados pelos Estados Membros, a comissão recomendou que o prêmio de 2017 fosse concedido à Dra. Stella Bolaños Varela, da Costa Rica, por sua distinta carreira profissional e seu compromisso de muitos anos com a qualidade e administração dos serviços de saúde no âmbito nacional, bem como por suas notáveis contribuições nos campos da educação em saúde, administração dos serviços de saúde para a população idosa e implementação de modelos de atenção centrados nas pessoas.

155. O Presidente da Conferência e a Diretora apresentaram o Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017) à Dra. Stella Bolaños Varela, cujas palavras ao receber o prêmio podem ser encontradas na página da Conferência na Internet.⁵

Assuntos de informação geral

Atualização sobre a reforma da OMS (documento CSP29/INF/1)

156. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê havia sido informado de que a maioria dos resultados da reforma da OMS havia sido obtida e que a OMS não havia incluído resultados específicos da reforma no orçamento para programas adotado pela Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2017. O Comitê também havia sido informado de que tanto a OPAS como a OMS haviam continuado a aplicar um enfoque de baixo para cima ao planejar a elaboração dos seus orçamentos para programas. Entre outras reformas figuravam a implementação do *Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais* (FENSA), o estabelecimento do Programa de Emergências de Saúdes da OMS nos âmbitos mundial e regional, e a adoção de uma nova ferramenta para a seleção de pessoal.

157. O Comitê Executivo havia acolhido com satisfação os esforços envidados no âmbito mundial e regional para levar a cabo a reforma da OMS e havia reconhecido que as reformas da OPAS haviam precedido as da OMS em algumas áreas. Os delegados haviam considerado que se deveria dar prosseguimento à reforma, pois era uma maneira de melhorar o desempenho, a transparência e a prestação de contas. O alinhamento da OPAS com o Programa de Emergências de Saúde da OMS havia sido bem recebido, e a Repartição havia sido incentivada a continuar a ajudar os Estados Membros no fortalecimento da sua capacidade de resposta em situações de emergência e na construção de sistemas de saúde resilientes. Havia sido sugerido que os relatórios futuros sobre a reforma da OMS poderiam se concentrar em assuntos da OPAS e da OMS de importância estratégica para os Estados Membros e talvez conter informações sobre novas iniciativas e sobre o progresso alcançado com respeito às atividades em curso, como o novo portal do programa e orçamento da OPAS, o Programa de Emergências de Saúde e as discussões relacionadas à OPAS nas sessões dos Órgãos Diretores da OMS.

⁵ Disponível em

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13497&Itemid=2105&lang=pt

158. Na discussão que se seguiu, os Estados Membros assinalaram o progresso alcançado, aplaudiram as melhorias na transparência e prestação de contas, e reconheceram a liderança das Américas no progresso das reformas. Sugeriu-se que, no interesse do aumento da transparência, deveria ser exigido que todo o pessoal de alto escalão da OPAS, inclusive os representantes da OPAS/OMS, assinasse declarações sobre conflitos de interesses. As reformas empreendidas na área da gestão de emergências foram bem recebidas, mas assinalou-se que restavam numerosos desafios a superar, e se instou a Repartição a continuar a trabalhar com os Estados Membros para melhorar sua prontidão para situações de emergência e capacidade de reação. Também se assinalou que ainda havia trabalho a fazer na área da reforma da governança. Os delegados consideraram que, para ser sustentável, a reforma deveria ser um processo permanente. A recomendação acerca dos relatórios futuros sobre a reforma da OMS foi reiterada. Quanto a outros possíveis temas a serem tratados nos futuros relatórios, foram sugeridas atualizações sobre a implementação do FENSA e informações sobre eventos significativos de interesse dos Estados Membros, como a Conferência Mundial da OMS sobre as DNTs, a ser realizada em Montevideu, Uruguai, em outubro de 2017.

159. O Sr. Dean Chambliss (Diretor, Departamento de Planejamento e Orçamento, RSPA) informou que a Repartição elaboraria um documento formulando uma proposta de enfoque para os futuros relatórios sobre a reforma da OMS. O documento seria submetido à consideração dos Órgãos Diretores em 2018.

160. A Conferência tomou nota do relatório.

Centros colaboradores da OPAS/OMS (documento CSP29/INF/2)

161. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) relatou que o Comitê fora informado de que havia atualmente 182 centros colaboradores na Região, distribuídos em 15 países, que contribuíam para a cooperação técnica da Organização e facilitavam o acesso a conhecimentos técnicos e experiência em uma variedade de áreas em que a OPAS carecia de capacidade técnica ou recursos humanos suficientes para suprir as necessidades dos Estados Membros. O Comitê havia reafirmado a importância dos centros colaboradores para fortalecer a cooperação técnica da OPAS e da OMS com os Estados Membros e para facilitar o intercâmbio de experiências e lições extraídas. Contudo, vários delegados haviam observado a necessidade de aumentar a transparência e melhorar a coordenação e comunicação entre os centros colaboradores e os governos dos países onde se localizavam, solicitando apoio mais firme e vigilância por parte da Secretaria da OPAS para assegurar que o trabalho dos centros colaboradores tivesse mais impacto no país anfitrião.

162. Na discussão que se seguiu, os delegados acolheram o relatório e opinaram que os centros eram um mecanismo importante e com boa relação custo-benefício para a cooperação e reconheceram esses centros permitiam à OPAS potencializar a experiência e a capacidade das principais instituições em apoio às atividades da Organização. Eram considerados um exemplo de êxito do pan-americanismo. Assinalou-se, porém, que o documento não enumerava todos os centros colaboradores da Região nem todos os tipos

de trabalho que executavam, e foi sugerido que uma descrição mais abrangente permitiria aos Estados Membros tirar melhor proveito dos seus serviços. A Delegada da Argentina agradeceu a recente designação do INCUCAI (*Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante*) como um centro colaborador e reiterou o compromisso do seu país de continuar a trabalhar com a OPAS, a OMS e outros Estados Membros na área de doação e transplante de órgãos.

163. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) concordou que os centros colaboradores eram uma ferramenta útil para suprir as necessidades altamente especializadas que a RSPA talvez não tivesse a capacidade para atender. Observou que os delegados haviam recebido um folheto contendo um link para uma lista na Internet de todos os centros colaboradores da Região, desagregada pelas categorias de trabalho da OPAS. Realçou que a RSPA examinava constantemente sua colaboração com os centros atuais e em potencial, e sempre buscava a aprovação do governo do país pertinente ao decidir sobre a designação oficial como centro colaborador. A Repartição também estava trabalhando para melhorar a plataforma na Internet que fornecia informações sobre os centros, a fim de tornar mais fácil para os Estados Membros identificar os campos em que cada um trabalhava. Agradeceu aos Estados Membros que apoiavam os centros colaboradores e instou os países das instituições com potencial para se tornarem centros a informarem a Repartição nesse sentido.

164. A Conferência tomou nota do relatório.

Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final (documento CSP29/INF/3)

165. A Dra. Karen Sealey (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia aplaudido o progresso feito na abordagem da violência como uma questão de saúde pública, mas havia observado que as Américas continuavam a ser a mais violenta das seis regiões da OMS e que, portanto, restava muito trabalho a fazer. Concordara-se que havia uma necessidade urgente de ampliar os esforços de prevenção e resposta, e a OPAS fora incentivada a buscar maneiras de maximizar o impacto dos investimentos em prevenção, programas, práticas e políticas, fazendo mais para abordar a interconexão entre as diversas formas de violência.

166. Na discussão da Conferência sobre o relatório, os delegados aplaudiram o apoio da Repartição aos países no enfrentamento da questão da violência e descreveram a situação nos seus países, bem como os esforços do governo e da sociedade civil para prevenir a violência. Reconheceram a interconexão entre diversas formas de violência e recomendaram a implementação constante das medidas estabelecidas nos planos de ação regionais e mundiais. Observou-se a necessidade da coordenação da resposta dos serviços clínicos e comunitários, em paralelo à oferta de capacitação sobre traumatismo aos profissionais de saúde e apoio aos sobreviventes. Os delegados expressaram sua preocupação com o aumento da violência baseada no gênero e daquela cometida pelas gangues. Ademais, enfatizaram que a violência era um problema social e que seria

necessária uma mudança cultural para alcançar as metas dos ODS relacionadas com a prevenção da violência.

167. Era consenso que a violência e as lesões constituíam um sério problema de saúde pública que exacerbava a morbidade, a mortalidade e os indicadores de incapacidade, além de impor um ônus crescente aos sistemas de saúde. Contudo, a questão havia merecido pouco reconhecimento, em parte devido à falta de evidências para embasar a formulação de políticas. Os delegados solicitaram a melhoria da coleta de dados, passando pela identificação dos fatores de risco, desagregação dos dados, melhoria dos mecanismos de notificação, o aumento do intercâmbio de informações e um enfoque multissetorial e institucional abrangente, com o setor da saúde desempenhando uma função-chave na identificação e tratamento das vítimas, notificação e prevenção.

168. A violência interpessoal, sobretudo contra as mulheres, crianças e outras populações vulneráveis, como os idosos e as pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT), além dos homicídios entre os homens, foram objeto de muita discussão. Observando que muitas vezes essa violência era desencadeada pelo álcool e pelo consumo de medicamentos psicoativos, vários delegados enfatizaram a importância da saúde mental na comunidade e dos serviços de reabilitação de dependentes de drogas. Os delegados também salientaram a necessidade de adotar um enfoque baseado no gênero e de fortalecer as estratégias de equidade de gênero, além de capacitar o pessoal hospitalar para reconhecer as vítimas da violência doméstica, prestar-lhes a atenção adequada e notificar os casos às autoridades. Recomendou-se o uso do pacote OMS INSPIRA, com estratégias para pôr fim à violência contra as crianças.

169. Os traumatismos causados pelo trânsito foram considerados outro sério problema que exigia a intervenção do governo e da sociedade civil, sobretudo nas áreas urbanas. Assinalou-se que muitas dessas lesões também estavam ligadas ao álcool e ao consumo de medicamentos psicoativos, o que impunha um ônus cada vez maior aos sistemas de saúde. O consenso foi que não fora dada atenção suficiente a esse fenômeno.

170. Vários delegados salientaram a necessidade de restringir a disponibilidade e o uso das armas de fogo, e um deles observou que o fluxo de armas ilegais no seu país era um obstáculo aos esforços de prevenção da violência. Ele pediu a assistência da OPAS e da OMS e apelou à solidariedade dos outros países para prevenir o contrabando de armas de fogo através das suas fronteiras. O delegado da Colômbia acrescentou que seu país estava pondo em prática uma estratégia para combater a violência decorrente do conflito armado interno que grassava há mais de 60 anos, observando que esse conflito fora produto de iniquidades, questões estruturais e normas sociais que favoreciam a violência. Outros delegados se ofereceram para dividir as experiências dos seus países na prevenção da violência, e a delegação canadense convidou os Estados Membros a comparecerem à oitava reunião da OMS sobre os marcos da campanha mundial de prevenção da violência, a ser realizada em Ottawa ainda em 2017. Um representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina elogiou a OPAS por defender o reconhecimento da violência como uma questão de saúde pública.

171. A Dra. Kira Fortune (Chefe Interina, Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) agradeceu aos Estados Membros seu trabalho ao tratar da violência e prevenção da violência, observando que todos haviam informado progressos, mas que os desafios perduravam. A questão era complexa e exigia soluções complexas, com apoio de outros setores, como justiça e educação. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, o primeiro acordo mundial com metas e indicadores que abordavam a prevenção da violência, representava uma mudança de paradigma porque não se tratava de uma agenda setorial específica e, assim, abria oportunidades para trabalhar com outros setores nessa questão.

172. Era imperioso reconhecer a violência como uma questão de saúde pública. Os sistemas de saúde tinham que não apenas identificar as vítimas, mas também coletar dados e evidências que pudessem ser usados no trabalho com outros setores para assegurar a implementação de políticas e leis sobre a violência. A falta de dados sobre a violência era um dos maiores desafios para a Região. Os países estavam avançando no sentido de elaborar planos de prevenção da violência, mas a ausência de dados de qualidade dificultava esse progresso. A RSPA trabalharia com outros setores e agências das Nações Unidas para ajudar a melhorar a coleta de dados.

173. Era importante reconhecer que os serviços de saúde tratavam de maneira muito diferente os homens e mulheres que sofriam violência. Por exemplo, os homens que chegavam ao sistema de saúde em decorrência de um ferimento causado por arma de fogo eram considerados vítimas da violência e registrados nas estatísticas. Contudo, isso não ocorria necessariamente no caso de mulheres e crianças que sofriam formas de violência doméstica ou de outro tipo. A violência contra a mulher era um enorme desafio na Região e, portanto, a Repartição havia dedicado muito tempo e recursos para formular diretrizes e instrumentos para apoiar as autoridades de saúde nacionais que procuravam enfrentar esse problema. Além disso, também havia atuado ao lado de profissionais da saúde para oferecer capacitação a fim de assegurar que o setor de saúde estivesse pronto para lidar com as vítimas que chegassem por meio do sistema de saúde.

174. A violência contra os idosos era um problema muito maior do que se pensava. As últimas evidências indicavam que um sexto dos idosos sofria violência. Em maio de 2017, a Assembleia Mundial da Saúde havia aprovado uma resolução sobre o envelhecimento e a saúde, com uma linha específica de ação sobre a violência contra os idosos. A RSPA analisaria a questão e continuaria a coletar dados e formular diretrizes com base no enfoque do ciclo de vida.

175. Como o Delegado da Colômbia havia explicado, era importante abordar a violência como uma questão relacionada a iniquidades. A Repartição havia criado recentemente uma comissão de equidade, formada por pessoas qualificadas nas áreas do gênero, direitos humanos e etnia. Uma das tarefas da comissão era examinar a violência baseada no gênero dentro da estrutura dos determinantes sociais da saúde, a fim de entender melhor suas causas fundamentais. O objetivo da comissão era redigir recomendações concretas e viáveis sobre formas de enfrentar essas questões.

176. A Diretora opinou que, com base nas observações dos Estados Membros, era evidente que a violência era uma grave questão social na Região. A violência afetava não apenas a morbidade e a mortalidade, mas também tinha implicações sociais e econômicas muito variadas. Problema multifacetado, estava profundamente interligado com outras questões, como a iniquidade, a pobreza e a privação dos direitos dos jovens e dos homens adultos na Região. Portanto, era uma questão que exigia liderança e compromisso no mais alto nível em todos os Estados Membros, para conferir a mais alta prioridade à prevenção da violência. A Repartição continuaria a trabalhar para esse fim e reforçaria seu programa de prevenção da violência e dos traumatismos, lutaria para conscientizar todos os níveis da sociedade e defenderia firmemente a ação conjunta, trabalhando em estreita cooperação com os Estados Membros, a comunidade acadêmica, a sociedade civil e o setor privado para mobilizar uma reação muito mais vigorosa como parte de um esforço multisetorial mais amplo.

Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final (documento CSP29/INF/4)

177. A Dra. Karen Sealey (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia acolhido com satisfação os avanços alcançados na prevenção e controle do câncer do colo uterino, embora reconhecesse que era preciso fazer mais, sobretudo aumentar o acesso a serviços de prevenção e tratamento para mulheres em populações vulneráveis. Houve consenso em torno da importância do intercâmbio de informações, lições extraídas e boas práticas. Vários delegados haviam mencionado a importância de educar o público e contar com os profissionais da saúde e a sociedade civil nos esforços para promover a adoção da vacina contra o HPV. Outros haviam falado da necessidade de melhorar os sistemas de informação em saúde e os registros de casos de câncer do colo uterino, bem como de aproveitar o Fundo Rotativo para comprar a vacina contra o HPV a preços acessíveis.

178. A Conferência também acolheu com satisfação o progresso alcançado, enfatizando o valor da estratégia e plano de ação para apoiar os esforços para prevenir o câncer do colo uterino. Os delegados observaram que, embora esse câncer fosse prevenível e controlável mediante um programa abrangente de educação em saúde, triagem, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, continuava a causar mortalidade precoce e afetava desproporcionalmente mulheres nos estratos econômicos inferiores, pondo a nu as desigualdades em saúde existentes na Região. Os delegados solicitaram a cooperação técnica contínua da RSPA para fortalecer a resposta da saúde pública ao problema.

179. Os delegados descreveram os programas de combate ao câncer do colo uterino nos seus países, que na maioria dos casos faziam parte de programas nacionais contra doenças não transmissíveis. Salientaram a importância da prevenção mediante a vacinação contra o HPV, a detecção precoce e o tratamento das lesões pré-cancerosas e do câncer nas suas etapas iniciais. Ressaltou-se que o custo de tratar o câncer em estado avançado com cirurgia, quimioterapia e/ou radioterapia era muito alto, sobretudo no Caribe, onde pacientes em países sem serviços de radioterapia costumavam ser encaminhados ao exterior para tratamento às custas do governo. Uma delegada solicitou que fosse ampliada

a implementação de ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação para monitorar a triagem, aumentar a cobertura da detecção e melhorar os vínculos com o tratamento.

180. Houve consenso em torno da necessidade de ampliar o intercâmbio interinstitucional de informações, trabalhar em parceria e melhorar a coleta de dados para reforçar os sistemas de informação sobre o câncer, avaliar o desempenho dos programas e apoiar a tomada de decisões. Apelou-se à Repartição para proporcionar maiores oportunidades para o intercâmbio das experiências e lições extraídas. Os delegados tomaram nota de que a RSPA havia difundido diretrizes com base científica aos gestores dos programas nacionais de combate ao câncer do colo uterino. Essas diretrizes os ajudariam a atualizar as práticas de triagem e tirar partido dos últimos avanços nesse campo.

181. Com respeito à prevenção, muitas delegações relataram que seus países haviam introduzido a vacina contra o HPV no calendário de vacinação de rotina de meninas pré-adolescentes e adolescentes e, em alguns casos, de meninos e jovens. Contudo, observou-se a necessidade de campanhas para vacinar as pessoas maiores de 25 anos. Vários delegados relataram a resistência à vacinação em decorrência de barreiras culturais e religiosas, dos esforços de grupos antivacinação e da publicidade negativa, e solicitaram campanhas para conscientizar o público sobre os benefícios da vacina contra o HPV. Os delegados salientaram a importância do Fundo Rotativo para baixar o custo da vacina e permitir aos Estados Membros prosseguir com as atividades de vacinação nos ambientes de restrição de recursos. Um delegado informou que seu país estava se associando a uma empresa farmacêutica para fabricar a vacina no país para ampliar sua disponibilidade.

182. Os delegados também descreveram programas de detecção precoce dos seus países, a maioria dos quais dependia de um exame de Papanicolau periódico ou da inspeção visual com ácido acético, embora o teste do HPV estivesse sendo adotado gradualmente. Contudo, apesar da disponibilidade de testes gratuitos, perduraram as brechas na cobertura, sobretudo entre as mulheres que viviam em locais remotos. A relutância das mulheres de recorrer aos serviços de triagem foi citada como outro fator limitante da cobertura. Uma delegada pediu esforços para reduzir o estigma e a desinformação sobre o teste do câncer do colo uterino para incentivar as mulheres a fazer o teste. Destacou-se a importância de campanhas de informação e educação, bem como de eventos promocionais como o mês de conscientização sobre o colo uterino.

183. Uma representante da Aliança Nacional para a Saúde dos Hispânicos manifestou o compromisso da sua organização para trabalhar com a OPAS a fim de promover e impulsionar a prevenção e controle do câncer do colo uterino nas Américas. Observou que a Aliança estava trabalhando em parceria com organizações comunitárias e da sociedade civil no Peru e Brasil para apoiar esforços a fim de aumentar a conscientização e ampliar o conhecimento sobre o HPV e a prevenção do câncer do colo uterino, e estaria estendendo suas parcerias a outros países latino-americanos.

184. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA) felicitou os Estados Membros pelo progresso significativo alcançado na melhoria da resposta da saúde pública ao câncer do colo uterino. Todos os países já contavam com programas de triagem por determinação pública, e nove haviam adotado estratégias para melhorar a triagem, em particular usando o teste do HPV como estratégia primária de triagem, embora o exame de Papanicolau tradicional continuasse a ser a principal estratégia. Embora o acompanhamento após a triagem tendesse a ser o indicador primário do sucesso do programa, não havia nenhuma informação sobre a proporção de mulheres com resultado anormal no teste e que tivesse recebido diagnóstico e tratamento. Isso indicava a necessidade de incorporar os indicadores de desempenho dos programas contra o câncer do colo uterino aos sistemas de saúde.

185. Até o fim de dezembro de 2016, 23 países e territórios nas Américas haviam adotado a vacina contra HPV, muitos com a ajuda do Fundo Rotativo da OPAS, e cada país da Região, com a exceção de alguns países do Caribe, tinha um programa de radioterapia. Contudo, o alto custo do tratamento do câncer e as limitações de capacidade dos sistemas de saúde para oferecer intervenções cirúrgicas, radioterapia e quimioterapia contra o câncer continuavam a ser obstáculos reais aos esforços para melhorar o tratamento contra o câncer. Os cuidados paliativos eram outro desafio, pois apenas nove países contavam com esses tipos de serviços.

186. Ao comentar que se havia observado um consenso entre os países de que o câncer do colo uterino afetava desproporcionalmente as mulheres que viviam em situações vulneráveis, o Dr. Hennis destacou a necessidade de um chamado à ação, pois o câncer do colo uterino era sumamente passível de eliminação. A RSPA continuaria trabalhando com os Estados Membros para atingir essa meta.

187. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) acompanhou o Dr. Hennis, felicitando os Estados Membros pelo progresso alcançado na detecção, prevenção e controle do câncer do colo uterino. Realçou a importante função que a vacina contra o HPV havia desempenhado nesses sucessos, observando que o preço da vacina havia caído substancialmente graças aos esforços do Fundo Rotativo. As evidências recentes mostravam que os países que haviam adotado a vacina contra o HPV logo após ela ser lançada haviam registrado uma impressionante redução na incidência do câncer do colo uterino nas populações vacinadas. Havia, porém, desigualdades no acesso à vacina decorrentes do foco urbano dos programas de prevenção; era preciso chegar até as mulheres e meninas nas áreas rurais, e a cobertura desses grupos deveria ser enfatizada nos planos de vacinação. O Dr. Hennis convidou os países que ainda não o haviam feito a incluir a vacina contra o HPV nos seus calendários de vacinação, pois, em termos de custo, essa é a intervenção mais eficaz para o controle do câncer do colo uterino.

188. A Conferência tomou nota do relatório.

Proposta de plano regional decenal sobre saúde bucodental para as Américas: Relatório final (documento CSP29/INF/5)

189. A Dra. Karen Sealey (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê aplaudira o progresso obtido no âmbito do Plano regional decenal sobre saúde bucodental. Houvera consenso em torno da importância da saúde bucodental para a saúde geral e a prevenção de doenças sistêmicas ao longo de todo o ciclo de vida. Vários delegados haviam descrito programas e conquistas de seus países na área da saúde bucodental, salientando a necessidade de esforços integrados e intersetoriais que abrangessem programas educacionais, parcerias com universidades, programas de saúde bucodental nas unidades de atenção primária à saúde, fluoretação da água e do sal e programas nutricionais, entre outras medidas. Destacou-se a importância da intervenção precoce na forma de programas nas escolas.

190. No debate que se seguiu, os Estados Membros agradeceram à Repartição os esforços para melhorar a saúde bucodental na Região, salientando sua importância para a saúde geral da população. Os delegados instaram por mais ênfase nessa área da saúde e na integração sustentável dos programas de saúde bucodental na atenção primária à saúde. Assinalou-se que tais programas não deveriam ser limitados ao foco nas cáries dentais, mas visar também as periodontopatias e o câncer da cavidade bucal. Vários delegados destacaram a necessidade de elaborar registros de pacientes para reforçar os sistemas de informação em saúde mediante a integração dos dados da saúde bucodental. Observaram também que todas essas ações exigiriam mais recursos materiais, financeiros e humanos.

191. Houve acordo sobre a necessidade de capacitar as equipes de atenção primária à saúde nas áreas da saúde bucodental e dos fatores de risco das doenças bucodentais. Recomendou-se o trabalho em parceria com outras iniciativas regionais e mundiais para combater as doenças crônicas não transmissíveis, pois os principais problemas de saúde bucodental eram eles mesmos DNTs crônicas. Dada a função chave da saúde bucodental no envelhecimento saudável e na qualidade de vida, os delegados realçaram a importância de adotar um enfoque de ciclo de vida, exigindo que as parcerias com os programas de saúde escolar promovessem a saúde bucodental desde cedo e ao longo da vida.

192. Os delegados expressaram satisfação com os grandes avanços na redução dos problemas de saúde bucodental na Região, reconhecendo a função das universidades ao formar os dentistas e outros profissionais da área e realizar pesquisas. Vários delegados descreveram seus programas nacionais, observando que enfatizavam a prevenção das cáries e da gengivite por meio da boa higiene bucodental, estilos de vida saudáveis, bons hábitos alimentares e, acima de tudo, a fluoretação da água e do sal. Também observaram a necessidade de ampliar o acesso das populações vulneráveis a serviços de qualidade e destacaram a importância de intervenções preventivas e restaurativas direcionadas a gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos e pessoas com deficiência. A necessidade de superar barreiras culturais para buscar tratamentos dentários também foi observada.

193. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA) afirmou que haviam sido obtidos avanços notáveis na saúde

bucodental nos 10 últimos anos graças à fluoração da água e do sal, e a melhorias nos serviços de saúde bucodental. Concordou que havia uma conexão clara entre a saúde bucodental e a qualidade de vida, e que era crucial adotar um enfoque preventivo e de ciclo de vida a partir da gestação. Concordou também que os dados e a vigilância epidemiológica eram essenciais, observando a necessidade de bases de dados integradas com informações da saúde bucodental das crianças e jovens. Em particular, eram necessários dados sobre as populações vulneráveis, que tinham os maiores problemas de saúde bucodental, mas recebiam menos atenção. Um enfoque intersetorial e uma parceria com o setor da educação eram muito importantes, pois as escolas proporcionavam a oportunidade para promover intervenções preventivas e fornecer informações sobre problemas de saúde bucodental.

194. O Dr. Francisco Becerra-Posada (Subdiretor, RSPA) felicitou os Estados Membros por seu progresso na saúde bucodental, que indicava a prioridade que estavam dando à questão. Realçou que era essencial focar a saúde bucodental com base no ciclo de vida, a fim de proteger os dentes nos primeiros anos e melhorar a qualidade de vida na velhice. Observando a persistência das cáries e infecções orais, bem como o aumento dos casos de câncer da cavidade bucal, recomendou que os Estados Membros considerassem a possibilidade de dar prioridade à saúde bucodental no exercício de priorização para o próximo Plano Estratégico da OPAS e garantiu que a Repartição continuaria a trabalhar com os países para incorporar a saúde bucodental ao enfoque do ciclo de vida como uma questão de qualidade de vida.

195. A Conferência tomou nota do relatório.

Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) (documento CSP29/INF/6)

196. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Emergências de Saúde, RSPA) apresentou o relatório constante do Documento CSP29/INF/6, observando que se dividia em duas partes. A primeira, que resumia as informações recebidas de países das Américas sobre seu progresso na aplicação do Regulamento Sanitário Internacional, mostrava que a Região estava conseguindo avanços lentos, porém constantes, ao construir as capacidades básicas do RSI, embora perdurassem pontos fracos, principalmente com relação à capacidade para tratar de emergências químicas e radiológicas. A segunda parte do relatório tratava das consultas com os Estados Membros sobre a formulação de um projeto de plano estratégico mundial quinquenal para melhorar a preparação e a resposta da saúde pública e resumia as conclusões da consulta regional realizada em São Paulo, Brasil, em julho de 2017. As recomendações mais destacadas dessa consulta foram que o plano estratégico mundial quinquenal deveria ser separado da estrutura de monitoramento e avaliação do RSI, que o plano quinquenal deveria ser mais estratégico e que as avaliações externas conjuntas realizadas no âmbito da estrutura de monitoramento e avaliação deveriam continuar a ser voluntárias.

197. A Conferência acolheu com satisfação o progresso alcançado na implementação do Regulamento, mas reconheceu que ainda havia trabalho por fazer. Os delegados descreveram as medidas que seus países haviam tomado para construir e fortalecer as

capacidades básicas do RSI, e destacaram os desafios que enfrentavam. A eliminação de uma data definitiva para a implementação completa foi bem recebida, com uma delegada manifestando seu alívio porque agora o cumprimento do RSI passara a ser visto como um processo contínuo e não como uma corrida para cumprir um prazo. Assinalou-se que algumas capacidades, como a capacidade laboratorial avançada e a resposta a eventos químicos, radiológicos e nucleares, poderiam ser mais bem abordadas no âmbito regional ou sub-regional, sobretudo no caso dos pequenos Estados insulares em desenvolvimento. Solicitou-se à RSPA que elaborasse um processo especial para apoiar os países que haviam enfrentado as maiores dificuldades ao formar suas capacidades centrais.

198. Vários delegados destacaram os efeitos positivos da implementação do RSI nos seus países, entre eles fortalecer os sistemas de saúde e a capacidade de alerta e resposta, e forjar vínculos e parcerias mais fortes com outros setores, o que, por sua vez, havia tornado mais fácil mobilizar apoio a esforços no sentido de melhorar as capacidades de preparação e reação em situações de emergência. Conforme observaram vários delegados, entendia-se cada vez mais que o RSI era uma ferramenta para aumentar a capacidade para executar as funções essenciais da saúde pública e institucionalizar os mecanismos intersetoriais de colaboração. Enfatizou-se a necessidade de evitar distrações e desentendimentos e se concentrar na meta da implementação completa.

199. Com respeito ao projeto do plano estratégico mundial quinquenal para melhorar a preparação e a resposta da saúde pública e à estrutura de monitoramento e avaliação do RSI, os Estados Membros respaldaram as conclusões da consulta regional de 2017. Expressou-se apoio aos nove princípios norteadores do plano quinquenal, mas os delegados consideraram o plano um trabalho ainda em curso e solicitaram sua revisão para alcançar o objetivo estratégico desejado. Os delegados enfatizaram que o pilar estratégico 1 deveria vincular as capacidades centrais do RSI às funções essenciais da saúde pública e refletir a variação entre os Estados signatários no que se refere tanto à maturidade dos seus sistemas de saúde quanto à situação da implementação do Regulamento. Não se considerou necessário formular um plano operacional regional quinquenal distinto dos planos de trabalho bienais da OPAS.

200. Houve acordo geral no sentido de que a estrutura de avaliação e monitoramento do RSI deveria ser apresentada como um documento distinto, separado do projeto do plano estratégico mundial, para consideração e adoção pela Septuagésima Primeira Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2018, embora um delegado tenha manifestado a opinião de que, como um documento técnico voluntário já em uso, a estrutura de monitoramento e avaliação não merecia novas deliberações no nível dos Órgãos Diretores. Os delegados enfatizaram que os componentes voluntários da estrutura deveriam continuar voluntários. Além disso, realçaram que as opiniões expressos nas consultas regionais mantidas em 2015, 2016 e 2017 deveriam ser levadas em consideração no processo consultivo em curso

e solicitaram o relatório da consulta de São Paulo⁶ a ser apresentado ao Conselho Executivo da OMS.

201. O Dr. Peter Salama (Diretor Adjunto, Programa de Emergências de Saúde, OMS) louvou a Região por efetivamente haver abraçado o RSI e por seu trabalho pioneiro ao ampliar as funções essenciais da saúde pública. Assegurou aos Estados Membros que a Secretaria da OMS não buscava um enfoque único para todos, fosse para a estrutura de monitoramento e avaliação, fosse para o plano estratégico mundial quinquenal. A Secretaria tinha o compromisso de assegurar a transparência e abrangência do processo de consulta e continuaria a organizar as consultas na Internet para que os Estados pudessem continuar a contribuir. Uma reunião de dia inteiro em 2 de novembro de 2017, em Genebra, seria mais uma oportunidade para discutir as revisões do projeto do plano quinquenal.

202. Ele afirmou que os componentes voluntários da estrutura de avaliação e monitoramento continuariam a ser voluntários. Embora a Secretaria não acreditasse necessariamente que fosse preciso outro documento sobre o monitoramento e avaliação, estava aberta para discutir uma eventual resolução que aprovasse o plano estratégico quinquenal e a estrutura de monitoramento e avaliação como dois importantes componentes do trabalho no RSI.

203. Assinalou que, embora restassem brechas, um progresso extraordinário havia sido feito na implementação do Regulamento. Na sua opinião, era importante fazer uma pausa e reconhecer esse progresso, além de não permitir que os desentendimentos interrompessem a implementação robusta do RSI em escala mundial.

204. O Dr. Ugarte concordou que, em alguns casos, talvez fosse mais adequado um enfoque sub-regional ou regional para o desenvolvimento das capacidades básicas. Observou que a Região das Américas era a única região da OMS que havia organizado uma consulta como a de São Paulo, com a participação de todos os países e territórios, e observou que tal participação era essencial para o desenvolvimento coletivo e transparente dos processos para a implementação do RSI.

205. A Diretora expressou o seu agradecimento aos Estados Membros por sua participação ativa no processo de consulta e seu êxito em termos da melhoria das capacidades básicas do RSI nos últimos dois anos. Salientou a importância de notificar sem demora os eventos de saúde pública de possível importância internacional, observando que essa notificação era crucial para a capacidade da Repartição para trabalhar com o país afetado e com os países vizinhos a fim de conter a ameaça.

206. A Conferência tomou nota do relatório.

⁶ Disponível, em inglês, em:
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2523&Itemid=270.

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos (documento CSP29/INF/7, A-M)

207. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que, com relação ao *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*, os Estados Membros haviam reconhecido que os determinantes sociais da saúde e as decisões tomadas por setores outros que não o da saúde poderiam afetar a saúde das populações, positiva ou negativamente. Além disso, haviam frisado a necessidade de enfoques intersetoriais para atacar os problemas de saúde pública. Com respeito ao relatório sobre a *Doença renal crônica nas comunidades agrícolas da América Central*, havia sido destacada a necessidade de medidas educacionais e preventivas voltadas para os jovens em idade ativa, as famílias e as comunidades, bem como de vigilância epidemiológica dos ambientes ocupacionais.

208. No que diz respeito ao relatório *Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pela pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans (LGBT)*, os delegados haviam afirmado que todas as pessoas, independentemente da sua orientação sexual ou identidade de gênero, tinham direito ao mais alto padrão de saúde física e mental possível, e haviam salientado a necessidade de formação que permitisse aos profissionais da saúde compreender como os estereótipos de gênero e a discriminação podiam afetar a saúde. No que se refere ao relatório sobre a *Saúde e os direitos humanos*, os delegados haviam assinalado que a estrutura conceitual levava em consideração muitos determinantes importantes que tinham impacto sobre a saúde e o bem-estar, mas não reconheciam explicitamente a igualdade de gênero como um determinante da saúde. A Repartição foi incentivada a incorporar a igualdade de gênero como um aspecto-chave em toda a cooperação técnica prestada no campo da saúde e dos direitos humanos.

209. O progresso limitado rumo à consecução das metas estabelecidas no *Plano de ação para imunização* havia sido assinalado, e a necessidade de os Estados Membros reafirmarem seu compromisso com a manutenção de uma ampla cobertura de vacinação havia sido destacada. Além disso, havia sido enfatizado que as metas para o sarampo e a rubéola deveriam ser mantidas, pois a migração e outros fatores constituíam um risco de surgimento de novos casos. Com respeito à *Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia*, os delegados haviam apoiado as propostas de ajuste de diversos indicadores e salientado a importância de combater o estigma associado com essa doença.

210. Com relação ao *Plano de ação sobre saúde mental*, havia sido manifestado firme apoio a modelos de base comunitária para a atenção às pessoas com problemas de saúde mental, e havia sido ressaltado a importância de incorporar os serviços de saúde mental à atenção primária à saúde. Além disso, havia sido manifestado apoio às ações recomendadas no relatório de progresso, em particular as destinadas a reforçar os sistemas de informação e vigilância, e tornar mais precisas as informações sobre os suicídios na Região. Com respeito ao *Plano de ação sobre deficiências e reabilitação*, havia sido sugerido que os futuros relatórios contivessem informações sobre os investimentos no âmbito nacional para capacitar e contratar profissionais de saúde capacitados para atender pessoas com deficiências e também exemplos de boas práticas com respeito às intervenções dos sistemas de saúde para melhorar a vida e o bem-estar dessas pessoas.

211. Na discussão do Comitê sobre a revisão intermediária do *Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária*, a Delegada do Equador havia esboçado o trabalho que seu país estava empreendendo, pondo em prática as lições extraídas do recente terremoto que atingira seu país. Com respeito ao relatório de progresso sobre a *Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas*, os delegados haviam sublinhado o valor do compartilhar as experiências exitosas e as lições extraídas, bem como sugerido que os futuros relatórios contivessem exemplos concretos da cooperação para o desenvolvimento da saúde e informações sobre os resultados obtidos.

A. *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de Progresso*

212. Assinalou-se que um enfoque de saúde em todas as políticas poderia fomentar maior equidade na saúde, e pôs-se em evidência a função do Estado ao abordar os determinantes sociais da saúde e respaldar o direito da população de participar da promoção da sua própria saúde.

213. A Dra. Kira Fortune (Chefe Interina, Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde, RSPA) afirmou que a equidade estava no centro do *Plano de ação sobre saúde em todas as políticas*. Observando que a Região era vista como líder em termos da implementação de enfoques de saúde em todas as políticas, ela disse que a Repartição estava trabalhando ao lado dos Estados Membros para documentar o progresso obtido e identificar boas práticas nesse sentido. A Repartição também havia estabelecido um grupo de trabalho para se ocupar dos ODS e da saúde em todas as políticas, que havia feito uma análise completa dos Objetivos e formulado um plano de trabalho concreto.

214. A Conferência tomou nota do relatório.

B. *Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso*

215. Os delegados afirmaram que a doença renal crônica de etiologia não tradicional constituía um grave problema de saúde pública, sobretudo nos países da América Central, e enfatizaram a necessidade de ação multissetorial para enfrentá-la. Considerou-se de especial importante trabalhar com o setor da agricultura para regulamentar o uso de pesticidas e reduzir os riscos associados a esses produtos. Os delegados salientaram também a necessidade de um enfoque preventivo e de diagnóstico e tratamento rápido, e apelaram à Repartição que ampliasse seu apoio aos esforços de prevenção dos países. Destacou-se a importância de melhorar a vigilância epidemiológica para determinar a verdadeira dimensão do problema. Os representantes de duas ONGs que trabalhavam na área da nefrologia destacaram a necessidade de pesquisa para compreender melhor a doença renal de etiologia não tradicional, e um deles assinalou que a doença também estava ocorrendo em outras regiões.

216. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) concordou que a prevenção e a detecção precoce eram fundamentais para evitar as complicações que acompanhavam os estágios avançados da doença renal e minimizar a

necessidade de transplantes renais. Embora a capacidade de detecção e diagnóstico estivesse melhorando, ainda havia um bom caminho a percorrer até assegurar a capacidade de distinguir entre a doença renal crônica decorrente do diabetes mellitus, da hipertensão e de outras causas tradicionais da doença renal crônica de etiologia não tradicional ou desconhecida. Também concordou com a importância da vigilância epidemiológica e com a necessidade de coordenação intersetorial para enfrentar o problema, e afirmou que a Repartição fortaleceria sua cooperação técnica com os Estados Membros nessas áreas.

217. A Conferência tomou nota do relatório.

C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária

218. Os Estados Membros saudaram o progresso obtido com o Plano de ação e sublinharam a importância da doação voluntária não remunerada. Solicitou-se que a Repartição continuasse a apoiar os esforços dos Estados Membros para promover tais doações, alcançar a autossuficiência em sangue e produtos derivados do sangue e garantir a segurança do fornecimento de sangue. Os delegados solicitaram apoio para melhorar seus sistemas de gestão de informações a fim de que pudessem avaliar a suficiência e a segurança do seu fornecimento. Também se pediu à Repartição que facilitasse o intercâmbio das experiências exitosas e das melhores práticas.

219. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) destacou a conexão entre os esforços para reorganizar e consolidar os serviços de sangue para aumentar a eficiência, minimizar o desperdício e melhorar as doações, as transfusões e os esforços para ampliar o acesso a serviços de saúde de base comunitária voltados para as pessoas, como parte da campanha para alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Apontou também a necessidade de fortalecer a governança, a gestão e a capacidade regulatória para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia dos produtos médicos, inclusive do sangue e seus derivados. Assinalou que a limitada capacidade de fracionamento era um problema na Região, assim como o desperdício, e comunicou que a Repartição aumentaria sua atenção a essas questões. Também partilharia os resultados dos estudos em andamento sobre as barreiras culturais, socioeconômicas e de outros tipo ao acesso a serviços de sangue na Região.

220. A Diretora disse que eram necessárias melhorias significativas com relação ao acesso ao sangue seguro na Região. Apenas 15 países haviam estabelecido um plano estratégico nacional com essa finalidade e somente 10 na América Latina e Caribe contavam com 100% de doação voluntária não remunerada. Os níveis ascendentes de violência e lesões aumentariam a demanda por sangue e, portanto, os Estados Membros e a Repartição deveriam redobrar seus esforços para assegurar um fornecimento adequado de sangue e produtos derivados seguros e de qualidade.

221. A Conferência tomou nota do relatório.

D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso

222. Os delegados comunicaram os esforços dos seus países para ampliar o acesso aos serviços de saúde e enfrentar a discriminação contra as pessoas LGBT, enfatizando a importância dos enfoques baseados em direitos. Os governos foram instados a descriminalizar a conduta homossexual, apoiar o trabalho das organizações LGBT de base e combater a violência e a discriminação contra pessoas com base em sua orientação sexual ou identidade de gênero. Chamou-se a atenção para o problema da discriminação interseccional contra as pessoas LGBT, que talvez também enfrentem discriminação com base na raça, etnia e outros fatores. A importância da assistência de saúde mental para as pessoas LGBT foi destacada. A necessidade de formação para combater o estereótipo e a estigmatização dessas pessoas pelos profissionais da saúde foi salientada, assim como a importância de incorporar uma perspectiva de gênero em todas as políticas e programas de saúde. Também se considerou importante melhorar a coleta de dados para embasar a formulação das políticas e a tomada de decisões, embora se tenha realçado a necessidade de proteger a privacidade das pessoas LGBT. Sugeriu-se incluir os intersexuais no grupo referido na Resolução CD52.R6. Pediu-se à Repartição que facilitasse a identificação e o intercâmbio de experiências bem-sucedidas e estudasse a possibilidade de redigir diretrizes a fim de abordar as questões levantadas no próximo relatório da Diretora sobre a situação da saúde das pessoas LGBT e seu acesso à atenção à saúde.

223. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) delineou algumas das medidas que a Repartição havia tomado para implementar a resolução CD52.R6, observando que a Região das Américas foi a primeira da OMS a aprovar uma resolução específica sobre os direitos das pessoas LGBT e as disparidades no seu acesso aos serviços de saúde. A fim de compilar o relatório previsto na resolução, a Diretora havia estabelecido um grupo de trabalho interprogramático para coletar informações não apenas dos Estados Membros, mas também de ONGs e outros interessados diretos. A Repartição estava convencida de que os dados que havia coletado lhe permitiriam formular recomendações práticas com respeito às medidas legislativas e de outros tipos que os Estados Membros poderiam aplicar no âmbito nacional para reduzir a discriminação e ampliar o acesso das pessoas LGBT à atenção à saúde.

224. O Dr. James Fitzgerald (Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, RSPA) disse estar claro no relatório de progresso que haviam ocorrido avanços significativos na prestação de serviços à população LGBT. Contudo, o progresso havia sido desigual e restavam grandes brechas a serem fechadas. Superar a discriminação e o estigma era um desafio crucial, assim como garantir a proteção financeira e o acesso à cobertura de seguro para as pessoas LGBT. Havia também uma clara necessidade de formação e capacitação para permitir aos profissionais da saúde oferecer atendimento sensível do ponto de vista cultural.

225. A Conferência tomou nota do relatório.

E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso

226. A necessidade de incorporar uma perspectiva de direitos em todas as políticas de saúde e no trabalho relacionado aos ODS foi realçado, assim como a necessidade de trabalhar com os poderes legislativos e judiciário e com a sociedade civil para proteger o direito à saúde.

227. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) frisou que os direitos humanos, inclusive o direito à saúde, eram um tema intersetorial em todo o trabalho da Repartição e garantiu às delegações que a RSPA estava pronta para ajudar todos os Estados Membros que solicitassem cooperação técnica com relação à saúde e aos direitos humanos.

228. A Conferência tomou nota do relatório.

F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária

229. Os delegados enfatizaram a necessidade de redobrar os esforços para alcançar as metas estabelecidas no Plano de ação, observando que a falta de progresso até então, somada à crescente mobilidade da população, aumentava o risco da reemergência de doenças já eliminadas na Região. Destacou-se a importância da imunização para o cumprimento dos ODS. A necessidade de manter o compromisso nacional com os programas de vacinação foi salientada, assim como a necessidade de campanhas de informação para neutralizar a relutância com a vacinação. Os delegados manifestaram seu agradecimento pelas contribuições da OPAS para o fortalecimento dos seus programas de vacinação, sobretudo por meio do Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, e afirmaram que a imunização permanece como uma das intervenções mais eficazes da saúde pública em termos de custo.

230. O Dr. Luis Andrés de Francisco Serpa (Diretor, Departamento da Família, Gênero e Ciclo de Vida, RSPA), após manifestar seu agradecimento aos Estados Membros pelo vigoroso compromisso com a imunização, observou que a Região havia conseguido avanços excepcionais na eliminação das doenças imunopreveníveis. Para proteger os ganhos conseguidos, seria necessário manter uma vigilância epidemiológica eficaz e assegurar financiamento e recursos humanos suficientes para os programas de vacinação. Assegurou aos Estados Membros que a Repartição continuaria a apoiar seus esforços nessas áreas.

231. A Diretora assinalou que havia algumas evidências de reduções na cobertura de algumas vacinas mais antigas e sublinhou a necessidade de manter ampla cobertura de todas as vacinas, em todos os municípios, em todos os países, para prevenir a reintrodução de doenças já eliminadas. Incentivou os Estados Membros a mostrarem solidariedade ao comprar as vacinas por meio do Fundo Rotativo, para ajudar a assegurar que todos os países pudessem continuar a ter acesso às vacinas a um baixo custo. Concordou que a relutância com a vacinação era uma questão grave e disse que a Repartição trabalharia com os Estados Membros a fim de criar uma estratégia para abordá-la.

232. A Conferência tomou nota do relatório.

G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: revisão intermediária

233. Os delegados observaram que a epilepsia era uma das principais causas da perda de anos de vida saudável, embora o custo da prevenção e tratamento fosse relativamente baixo. O combate ao estigma associado à epilepsia foi considerado crucial para melhorar a qualidade de vida dos portadores da doença. Além disso, considerou-se que são necessários esforços contínuos por parte do governo e dos setores privado e social para implementar programas eficazes de prevenção e tratamento. Expressou-se apoio às propostas de ajuste dos indicadores 1.1.1, 1.2.1 e 1.2.3, e sugeriu-se que os Estados Membros considerassem a possibilidade de definir um ou mais indicadores para o objetivo 3.2, que poderiam ser usados para acompanhar a implementação de programas padronizados de educação sobre a epilepsia e campanhas de conscientização do público.

H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária

234. Os delegados enfatizaram que a saúde mental era tão importante quanto a saúde física e que as duas estavam inter-relacionadas. Além disso, louvaram os atuais esforços da OPAS para prevenir as doenças mentais e promover o bem-estar mental, chamando a atenção para os custos econômicos e sociais dos problemas de saúde mental. Manifestaram firme apoio aos modelos de atenção baseados na comunidade para pessoas com problemas de saúde mental e enfatizaram a importância de incorporar serviços de saúde mental à atenção primária à saúde. A importância do apoio à família das pessoas com transtornos mentais também foi destacada. Os delegados expressaram preocupação com o crescente problema do suicídio e observaram a conexão entre os problemas de saúde mental e o aumento do risco de lesões, intencionais ou não. A importância de um enfoque de ciclo de vida para a saúde mental foi sublinhado, com uma delegada salientando a necessidade de aumentar a atenção às necessidades específicas dos jovens quanto à saúde mental, enquanto outro destacou a necessidade de serviços de saúde para abordar a carga crescente dos problemas de saúde mental associados ao envelhecimento da população. Uma delegada observou que poderia haver um aumento dos problemas de saúde mental após furacões e outros desastres naturais.

I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária

235. Os delegados reafirmaram seu apoio ao Plano de ação e descreveram as medidas que seus países haviam tomado para fortalecer os serviços de atenção à saúde e reabilitação para pessoas com deficiências e promover sua inclusão, proteger seus direitos e prevenir a discriminação contra elas. O Delegado do Brasil destacou a necessidade de se preparar para tratar das deficiências associadas à microcefalia nas crianças nascidas de mulheres infectadas pelo vírus Zika durante a gravidez. Vários delegados observaram a necessidade de mais e melhores dados sobre as deficiências e pediram à Repartição para apoiar os países no fortalecimento dos seus sistemas de informação. Também foi solicitado apoio à formação de recursos humanos. Solicitou-se que a Repartição especificasse nos futuros

relatórios de progresso os países que formavam a linha de base dos diversos indicadores e os que haviam alcançado as respectivas metas.

236. O Dr. Anselm Hennis (Diretor, Departamento de Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental, RSPA), em resposta às observações sobre as revisões intermediárias dos planos de ação sobre a epilepsia, a saúde mental e as deficiências e reabilitação, felicitou os Estados Membros pelo progresso alcançado nas três áreas. Com respeito à epilepsia, concordou que era essencial combater o estigma, bem como melhorar a atenção em todo o ciclo de vida. Concordou também com a necessidade de reforçar os serviços de atenção primária à saúde e tomou nota das sugestões para melhorar os indicadores e objetivos. O Dr. Hennis acolheu com satisfação o aumento na integração da saúde mental aos serviços de atenção primária à saúde e reconheceu o apelo em prol do empoderamento das famílias do doente mental, observando que a RSPA já havia começado o trabalho nessa área. Além disso, reconheceu os desafios que os Estados Membros enfrentavam no tocante aos dados e informações, observando que essas áreas exigiriam um volume significativo de investimento e cooperação técnica. Observou também o progresso feito na área das deficiências e reabilitação, em particular o sucesso de regimes para emitir certificados de incapacidade. Incentivou todos os Estados Membros a incluírem a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nos seus regimes de certificação.

237. A Conferência tomou nota dos relatórios.

J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária

238. Os delegados acolheram com satisfação o progresso feito sob o Plano de ação. Uma delegada assinalou que a coordenação eficiente da assistência humanitária era mais importante do que nunca numa época de evidente mudança climática, eventos meteorológicos cada vez mais graves e epidemias, fenômenos que impactavam a saúde e causavam danos a ecossistemas e grandes prejuízos econômicos. Ela salientou a necessidade de buscar a eficiência e evitar a duplicidade de esforços ao pôr em prática os planos para a coordenação da assistência humanitária. Realçou-se a importância da coordenação entre os programas de emergências de saúde da OMS e da OPAS, e foram solicitadas informações sobre como a OPAS usaria o sistema de gestão de incidentes da OMS. Os delegados descreveram os mecanismos administrativos e a infraestrutura física dos seus países para coordenar a assistência humanitária. Informou-se que os Estados Membros da UNASUL haviam adotado recentemente uma declaração sobre os requisitos mínimos para as equipes médicas de emergência e que vários países latino-americanos estavam trabalhando em conjunto para estabelecer uma rede logística.

239. O Dr. Ciro Ugarte (Diretor, Departamento de Emergências de Saúde, RSPA) assinalou que o Plano de ação havia sido formulado levando em conta as capacidades já existentes na Região. Observou que a maioria das metas do Plano já haviam sido alcançadas ou superadas graças ao fato de que, havia muitos anos, a Região já contava com uma capacidade instalada substancial, que havia sido fortalecida ainda mais graças ao

apoio financeiro recebido de vários países. Muitas das iniciativas que a OMS estava promovendo agora, como um sistema de gestão de incidentes e uma rede de equipes médicas de emergência, já estavam implementadas na Região havia anos. Enfatizou que as iniciativas para contar com hospitais seguros, inteligentes e resilientes claramente haviam dado frutos: nos países recém-afetados pelos furacões, alguns hospitais haviam sofrido danos, mas todos continuaram a funcionar e, no México, também, nenhum hospital desabou em consequência do último terremoto.

240. A Diretora disse que os Estados Membros podiam se orgulhar dos programas de emergência construídos na Região ao longo de muitos anos. Confirmou que a OPAS estava trabalhando em estreita cooperação com o Programa de Emergências de Saúde da OMS para partilhar experiências e lições extraídas. No entanto, em alguns aspectos, as atividades de emergências de saúde da OPAS estavam mais avançadas do que as da OMS, como o Dr. Ugarte observara. Além disso, ela não acreditava que seria sensato minimizar o que a OPAS estava fazendo simplesmente com o intuito de manter uma boa coordenação com a OMS.

241. A RSPA havia adotado um enfoque de participação global da Repartição na resposta aos desastres e assistência humanitária. Estavam implementados os procedimentos para automatizar grande parte do trabalho de resposta: quando ocorria um desastre, o pessoal das áreas de compras, finanças e recursos humanos conhecia suas funções e entrava em ação de imediato. A redução do risco de desastres era um importante componente do Programa de Emergências de Saúde da OPAS, pois essa redução ajudava a formar capacidade nos países e mitigar ou prevenir desastres. A Repartição continuaria a avaliar a reação a todos os desastres e a aplicar as lições extraídas, para reforçar ainda mais suas capacidades de gestão de emergências.

242. A Conferência tomou nota do relatório.

K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório de progresso

243. Os avanços nessa área foram recebidos com satisfação. Sugeriu-se que qualquer nova atividade a ser empreendida nesse contexto fosse definida em consulta com os Estados Membros e previsse assistência técnica diferenciada, adaptada às necessidades de cada país. Vários delegados louvaram a assistência prestada pelo Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz para fortalecer a capacidade dos escritórios de relações internacionais dentro dos ministérios da saúde da Região, sobretudo na área da diplomacia da saúde. Assinalou-se que o reforço da capacidade da diplomacia da saúde permitiria aos Estados Membros participar de maneira mais eficaz da agenda mundial de saúde e na governança da saúde mundial. Incentivou-se a Repartição a continuar a cooperar com o Centro. Ela foi também instada a facilitar o intercâmbio e distribuição de informações sobre as possíveis oportunidades de cooperação e sobre as experiências de êxito em termos de cooperação.

244. A Sra. Ana Solis-Ortega Treasure (Chefe, Escritório de Coordenação Nacional e Sub-regional, RSPA) felicitou os Estados Membros pelos seus esforços para promover a cooperação para o desenvolvimento da saúde como um aspecto da cooperação Sul-Sul. Ela concordou com a necessidade de reforçar e promover as boas práticas e lições extraídas. Reconheceu também a necessidade de reforçar os escritórios de relações internacionais, conforme solicitado por vários Estados Membros, e de continuar a trabalhar para fortalecer a cooperação entre os países. Reconhecendo as várias sugestões feitas para reforçar o trabalho da OPAS, observou que a Organização havia instituído um mecanismo de financiamento da cooperação para o desenvolvimento da saúde e incentivado as autoridades de saúde a apresentar propostas de projetos pertinentes aos representantes da OPAS/OMS nos seus países.

245. A Diretora observou que a Região tinha um longo histórico de trabalho por meio da cooperação Sul-Sul e triangular. A Repartição havia formalizado um programa para apoiar a cooperação para o desenvolvimento da saúde entre os países, mas havia reconhecido que, para melhorar o programa, necessitava também incorporar a rede de funcionários de relações internacionais aos ministérios da saúde. Uma das áreas em que era necessário trabalhar mais era o desenvolvimento de um repositório de projetos, inclusive os executados entre países sem a participação da OPAS. Ela apelou aos Estados Membros que ajudassem a montar um repositório de informações sobre projetos, que beneficiaria a Região como um todo.

L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso

246. Um delegado destacou alguns problemas ocorridos com relação às compras de imunobiológicos por intermédio do Fundo Rotativo devido a interrupções da cadeia de refrigeração e atrasos ao substituir os imunobiológicos rejeitados em decorrência dessas interrupções.

247. O Sr. John Fitzsimmons (Chefe, Programa Especial para o Fundo Rotativo para Compra de Vacinas, RSPA), disse que a Repartição estava ciente de que tinha havido problemas com a cadeia de refrigeração no caso de algumas das vacinas e imunobiológicos fornecidos por intermédio do Fundo Rotativo. A questão era complexa e tinha a ver com a relação entre os fornecedores e as empresas de transporte. A Repartição estava trabalhando com os Estados Membros fornecedores para evitar novas interrupções da cadeia de refrigeração e assegurar que os produtos chegassem nas condições declaradas no contrato de compra. Uma avaliação da situação estava disponível atualmente, e a Repartição encaminharia seu resultado aos Estados Membros em data oportuna.

M. Situação dos Centros Pan-Americanos

248. A Conferência tomou nota do relatório.

Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (documento CSP29/INF/8, rev. 1, A-C)

249. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê havia examinado um relatório sobre as resoluções e outras ações da Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde e de diversos órgãos sub-regionais considerados de especial interesse para os Órgãos Diretores da OPAS. Mereceram atenção especial as resoluções da Assembleia da Saúde sobre os recursos humanos em saúde e a implementação dos resultados da Comissão de Alto Nível das Nações Unidas sobre o Emprego no Âmbito da Saúde e o Crescimento Econômico, bem como a decisão sobre o Fortalecimento das Sinergias entre a Assembleia Mundial da Saúde e a Conferência das Partes da Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco. Com respeito às ações dos órgãos sub-regionais de interesse da OPAS, observou-se que várias resoluções e acordos sobre assuntos relacionados com a saúde haviam sido adotadas por organizações sub-regionais de integração na América Central, Caribe e América do Sul, e que a Repartição continuava empenhada em apoiar os processos sub-regionais em áreas como as negociações conjuntas sobre o preço de medicamentos de alto custo, a coordenação das políticas sobre a formação dos recursos humanos em saúde e a resposta às doenças transmitidas por vetores.

A. Septuagésima Assembleia Mundial da Saúde

250. A Sra. Piedad Huerta (Assessora Sênior, Escritório dos Órgãos Diretores, RSPA) felicitou os países da Região por seu trabalho na Assembleia Mundial da Saúde, na qual haviam apresentado várias posições regionais coordenadas e desempenhado muitas funções facilitadoras.

251. A Conferência tomou nota do relatório.

B. Quadragésimo sétimo período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

252. A Conferência tomou nota do relatório.

C. Organizações sub-regionais

253. Um delegado acolheu com satisfação o acréscimo de algumas informações sobre as organizações de integração sul-americanas ao relatório, mas ressaltou que não haviam sido incluídas informações sobre o trabalho do Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS). O Delegado do Brasil observou que seu país havia assumido recentemente a presidência do Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul) e organizaria uma reunião dos ministros de saúde do Mercosul em dezembro de 2017. Entre os temas a serem discutidos, figuravam as doenças crônicas não transmissíveis e os recursos humanos em saúde. Ele também sugeriu que a OPAS deveria promover os interesses da Região das Américas no contexto do G-20, que envolvia cinco países da Região e seria presidido pela Argentina em 2018.

254. A Diretora explicou que o relatório abrangia apenas as entidades sub-regionais maiores e procurava oferecer um entendimento amplo das questões sob discussão e das decisões que estavam sendo tomadas em nível estratégico dentro de cada sub-região. Havia muitas outras entidades sub-regionais, mas não seria viável incluir informações sobre todas elas. Confirmou que tanto a Repartição como a Secretaria da OMS já estavam discutindo com a Argentina para assegurar que a saúde tivesse um lugar nas deliberações do G-20.

255. A delegada da Argentina agradeceu à RSPA e à Secretaria da OMS a ajuda na preparação para o árduo trabalho no G-20 que se aproximava.

256. A Conferência tomou nota do relatório.

Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes não Estatais (FENSA) (documento CSP29/INF/9)

257. O Dr. Rubén Nieto (Representante do Comitê Executivo) informou que esse Comitê fora informado de que o FENSA havia substituído as Diretrizes da OPAS para a Colaboração com as Empresas Privadas e os Princípios que Regem as Relações entre a Organização Pan-Americana da Saúde e as Organizações não Governamentais. O Comitê também havia sido informado de outras medidas tomadas para implementar o FENSA na Região, como a expedição de um boletim de informações gerais que explicava a nova política ao pessoal, bem como orientações em diversas reuniões regionais e sub-regionais dos funcionários. O Comitê havia acolhido com satisfação o progresso feito na implementação do FENSA no âmbito regional e confirmou que esse quadro ajudaria a evitar a influência indevida de agentes não estatais na formulação e execução de políticas de saúde pública, preservar a integridade e independência da OPAS e OMS, e melhorar a confiança pública nas duas organizações.

258. Na discussão da Conferência sobre o relatório acerca do FENSA, os Estados Membros agradeceram os esforços da Repartição para assegurar a implementação completa do quadro em um prazo de dois anos e observaram que a Região havia desempenhado uma função protagonista no desenvolvimento do quadro e agora também estava abrindo caminho na sua implementação. Enfatizou-se que o FENSA deve ser uma ferramenta justa, confiável e factível para apoiar o envolvimento da OMS em todos os três níveis da Organização, e que deve ser aplicada de forma coerente e sistemática, com o necessário cuidado e a devida diligência.

259. Ao mesmo tempo, considerou-se que a aplicação do FENSA não deveria tornar o processo de envolvimento excessivamente oneroso. A OPAS e a OMS foram incentivadas a adotar um enfoque que controlasse os riscos, mas sem ser excessivamente tímidas nem arrojadas demais. A importância de oferecer formação sobre o quadro ao pessoal de todos os níveis também foi realçada. Solicitou-se à Repartição que informasse sobre as dificuldades encontradas em decorrência da implementação do FENSA, inclusive, por exemplo, se havia sido necessário suspender as relações com algum agente não estatal e quanto tempo era necessário para levar a cabo o processo de aprovação.

260. A Dra. Heidi Jiménez (Assessora Jurídica, RSPA) disse que, embora a implementação do FENSA estivesse bastante avançada, a Repartição ainda estava esperando que a OMS concluísse várias ferramentas necessárias para completar o processo de implementação. Uma delas era o guia para o pessoal, que ainda estava sendo revisto. A Secretaria da OMS havia mantido extensas consultas com todas as regiões, e a OPAS havia participado ativamente, fazendo tanto observações verbais como comentários por escrito. A Repartição havia sido informada de que o documento deveria estar finalizado até o fim de 2017. O manual para os agentes não estatais, outra das ferramentas cuja elaboração havia sido designada à OMS, também estava em processo de revisão e sua conclusão estava precisa para o fim de 2017.

261. Com respeito ao registro dos agentes não estatais, o elemento final do pacote de ferramentas que a OMS estava criando, era do entendimento da Repartição que a OMS havia encontrado mais dificuldades do que havia previsto originalmente. Ela havia liberado uma ferramenta-piloto, que ainda não estava plenamente operacional. A Repartição havia sido informada de que a Secretaria da OMS esperava um lançamento completo do registro até o início de 2018. Assim que essas ferramentas estivessem disponíveis, a Repartição faria todo o possível para implementá-las de imediato na Região.

262. A Repartição estava examinando seu envolvimento com os agentes não estatais, à luz do FENSA. Estava sendo aplicado um enfoque equilibrado, de forma cuidadosa e com a devida diligência e análise de riscos, mas sem relutar excessivamente diante dos riscos. Como o FENSA ainda era relativamente novo, a Repartição ainda tinha pouca experiência com ele. Contudo, teria o prazer de elaborar um relatório delineando os desafios enfrentados, o tempo gasto para examinar cada envolvimento e, de forma geral, como esse quadro estava sendo aplicado na Região.

263. A Conferência tomou nota do relatório.

Projecto de documento de síntese sobre o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS para 2019-2023 (documento CSP29/INF/10)

264. O Dr. Peter Salama (Diretor Adjunto, Programa de Emergências de Saúde, OMS) apresentou o projeto de documento de síntese, observando que fora submetido a todos os comitês regionais com o intuito de iniciar consultas sobre o Décimo Terceiro Programa Geral de Trabalho da OMS (PGT13) e ouvir as opiniões dos Estados Membros, sobretudo com respeito à proposta para organizar uma sessão especial do Conselho Executivo da OMS para prosseguir com as discussões sobre o PGT13, cuja primeira versão preliminar seria publicada em novembro de 2017. O objetivo era que a Assembleia Mundial da Saúde aprovasse o novo programa de trabalho em maio de 2018. Nesse ínterim, haveria consultas presenciais e pela Internet com os Estados Membros.

265. O PGT13 definiria a forma do apoio da OMS aos países para alcançarem os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no período 2019-2023. Ademais, refletiria a visão do Diretor-Geral e cinco prioridades em termos de liderança: emergências de saúde; cobertura universal de saúde; saúde da mulher, da criança e do adolescente; impactos da mudança climática e ambiental sobre a saúde; e transformação da OMS em uma

organização mais eficaz, transparente e responsável. Além disso, o PGT13 incorporaria compromissos mundiais e regionais contínuos. No âmbito do PGT13, a Secretaria se concentraria em resultados e impacto, definiria prioridades claras e as seguiria de ponta a ponta, buscaria tornar a OMS mais operacional e ao mesmo tempo reforçar suas funções normativas e técnicas, situaria os países bem no centro do trabalho da OMS e exerceria liderança política com forte ênfase na equidade.

266. O Dr. Salama concluiu sua apresentação resumindo algumas das questões levantadas nas consultas com outros comitês regionais e passando em revista o cronograma das consultas sobre o PGT13 (constante do Documento CSP29/INF/10). As questões levantadas por outros comitês regionais se relacionavam, entre outras questões, com os sistemas de saúde e a força de trabalho de saúde, a necessidade de um enfoque multissetorial para enfrentar os desafios da saúde, como a mudança climática e as doenças não transmissíveis, assegurando que a OMS desempenhasse uma função em parceria com os ministérios da saúde para defender aumentos no financiamento para a saúde, e patrocinando a igualdade de gênero na saúde como um direito humano.

267. Os delegados acolheram a oportunidade de fazer observações sobre o projeto de documento de síntese, mas vários lamentaram não ter tido mais tempo para examinar o documento. Alguns apoiaram o plano da Secretaria da OMS de acelerar a aprovação do novo programa geral de trabalho, que daria mais tempo para considerar o desenvolvimento do orçamento para programas 2020-2021 e captar recursos. Outros delegados temiam que não haveria tempo bastante para empreender um processo completo de consulta e priorização de baixo para cima. A importância do senso de propriedade do PGT entre os Estados Membros foi realçada, com uma delegada observando que o foco nos países não implicava necessariamente a propriedade dos países e que os Estados Membros deveriam participar tanto da implementação do PGT quanto do monitoramento e avaliação da sua implementação.

268. Assinalou-se que a participação em uma reunião especial do Conselho Executivo em novembro poderia ser difícil para os Estados Membros que não houvessem orçado recursos para essa finalidade e para os que não dispusessem de uma missão permanente em Genebra. Instou-se a Secretaria da OMS a tomar providências para a participação de todos os Estados Membros no processo de consulta. Sugeriu-se formar um grupo de trabalho dos Estados Membros de composição aberta com essa finalidade. A Delegada de Barbados disse que a missão do seu país receberia e transmitiria com prazer as observações das delegações que não pudessem participar em pessoa em Genebra.

269. Com respeito à estrutura proposta para o PGT13, os Estados Membros receberam com satisfação o alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e as cinco prioridades do Diretor-Geral. Solicitou-se, porém, elaborar mais a forma como o PGT contribuiria para o progresso rumo à consecução das metas dos ODS. A ênfase proposta nos impactos da mudança climática e ambiental sobre a saúde, em particular, foi aplaudida, bem como a ênfase em fortalecer e melhorar a resiliência dos sistemas de saúde.

270. A ênfase nos impactos foi igualmente acolhida. A esse respeito, sugeriu-se que seria importante manter uma cadeia de resultados como a do Décimo Segundo Programa Geral de Trabalho, que havia facilitado a identificação de maneiras de conseguir impactos, tanto pela Secretaria como por equipes técnicas nos países. Assinalou-se que os indicadores de impacto do novo programa de trabalho deveriam ser formulados de modo a levar em consideração a situação dos pequenos Estados insulares, para os quais seria um desafio a notificação dos indicadores com base em uma população de 100.000 habitantes. Também se salientou a necessidade de levar em consideração as situações díspares das várias regiões ao estabelecer as prioridades. Nesse sentido, assinalou-se que a Região das Américas já havia erradicado a poliomielite.

271. Várias delegações salientaram a necessidade da reforma em curso na OMS, e uma delegada solicitou uma profunda reforma e a confirmação do compromisso com princípios básicos. Outros salientaram a necessidade de achar novas maneiras de trabalhar e de prever as ameaças e riscos e reagir a eles, bem como de a OMS exercer sua influência no mais elevado nível decisório. Um representante de uma ONG destacou a necessidade de fazer face ao alto preço dos medicamentos e tecnologias em saúde, e instou a OMS e a OPAS a considerar as medidas práticas necessárias para mudar o modelo de negócio e desvincular dos preços o financiamento da pesquisa e desenvolvimento.

272. O Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus (Diretor-Geral, OMS) disse que, em resposta às muitas questões levantadas na discussão, talvez fosse útil elucidar algumas das mudanças propostas no PGT13. A primeira era a ênfase nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que constituiriam a fundação para o novo programa de trabalho. A segunda era um distanciamento das metas voltadas para os processos ou os produtos, dando mais ênfase às metas e ao planejamento voltados para os efeitos e o impacto, uma importante mudança que significaria medir o progresso, por exemplo, em termos das vidas salvas e da ampliação do acesso à atenção à saúde. Isso também implicaria identificar exatamente a contribuição da OMS. A terceira mudança era o enfoque na priorização, que exigiria a cooperação dos Estados Membros. Eles precisariam estar dispostos a aceitar um número limitado de prioridades acordadas por todos e evitar insistir que suas prioridades particulares fossem prioridades de toda a Organização, uma vez que, se tudo fosse prioritário, não haveria prioridade.

273. Outra grande mudança consistiria em tornar a OMS mais operacional em países que exigissem apoio operacional, como países em conflito onde os sistemas de saúde houvessem entrado em colapso e houvesse enormes brechas nos serviços. Em tais situações, a OMS poderia cumprir uma função, tanto se envolvendo diretamente nas atividades operacionais como coordenando atividades operacionais de outros agentes. Ao mesmo tempo, a OMS precisava assegurar a própria relevância para todos os Estados Membros. No passado, a Organização tendera a trabalhar, sobretudo, com países de baixa ou média renda, mas também tinha que procurar manter um diálogo sobre políticas e prestar assistência técnica adequada aos países de alta renda, cujos que também sistemas também poderiam ter brechas e falhas.

274. Contudo, se tornar mais operacional não significaria a OMS negligenciar suas funções normativas. Ao contrário, procuraria fortalecer essas funções. A seu ver, era essencial que a OMS cumprisse um papel mais operacional nos países frágeis, uma vez que, sem uma presença forte da OMS, tais países poderiam se tornar as incubadoras da próxima epidemia mundial. Ademais, a construção dos sistemas de saúde nesses países contribuiria para o desenvolvimento como um todo.

275. A quinta mudança era situar os países no centro do trabalho da Organização e garantir que considerassem esse trabalho como algo próprio e se comprometessem com ele; sem isso, não seria possível avançar de forma significativa. Um aspecto importante do foco nos países seria assegurar que o PGT refletisse não apenas um consenso mundial, mas também prioridades regionais e nacionais. A esse respeito, o Dr. Tedros assinalou que a preparação do PGT13 havia sido um processo de baixo para cima, iniciado com as consultas empreendidas durante sua campanha eleitoral. De fato, muitas das mudanças que ele havia descrito dentro desse tema, assim como as que havia mencionado nas áreas da gestão de emergências e mudança climática nos seus comentários anteriores sobre o relatório quinquenal da Diretora (ver os parágrafos 13 a 26 anteriormente) haviam sido propostas pelos Estados Membros e pelo pessoal da OMS em nível nacional e regional.

276. Outra mudança seria aperfeiçoar a função política da OMS, que por muito tempo seguira, principalmente, uma orientação técnica. Contudo, a Organização tinha responsabilidades quanto à promoção de causas políticas e não poderia se esquivar dessas responsabilidades, pois questões o financiamento dos sistemas de saúde e a garantia do acesso a medicamentos eram questões políticas. De modo semelhante, no âmbito nacional, os ministros da saúde não deveriam fugir do envolvimento com os chefes de Estado nem e governo nem com outras lideranças políticas de alto nível. Além disso, era importante empenhar-se no trabalho de promover causas com os cidadãos e os grupos da sociedade civil no nível de base.

277. O Dr. Tedros acreditava que também deveria haver uma mudança na área da captação de recursos. O atual diálogo sobre financiamento era, a seu ver, um modelo impraticável porque punha a OMS do lado de quem pede dinheiro e os Estados Membros do lado de quem doa. Em um modelo melhor, os Estados Membros e a Secretaria trabalhariam em conjunto para financiar a agenda mundial de saúde, que pertencia a todos. Era também importante reconhecer que as organizações como o Fundo Global e a Aliança GAVI eram parceiras, e não concorrentes, na promoção da agenda mundial de saúde e ver o financiamento da agenda como um grande pacote do qual os recursos da OMS eram apenas uma parte.

278. Na área da reforma, a OMS se alinharia com a agenda de reforma do Secretário-Geral e colaboraria com outras agências das Nações Unidas, buscando criar sinergias e trabalhar de forma mais eficaz para produzir resultados melhores para os Estados Membros, sobretudo no esforço conjunto para alcançar os ODS.

279. Com respeito ao cronograma proposto para a aprovação do PGT13, o Dr. Tedros salientou que a Organização não poderia levar dois anos para chegar a um acordo sobre um

programa de trabalho. Precisava ter um documento pronto para orientar a elaboração do próximo orçamento por programas para servir de base para a captação de recursos. Convidou os Estados Membros a continuarem a contribuir para o PGT e prometeu que a Secretaria faria todo o possível para que todos os países, inclusive os que tinham representação em Genebra, pudessem participar plenamente do processo de consulta.

280. A Conferência tomou nota do relatório.

Outros assuntos

281. Solicitou-se uma atualização das medidas que a Repartição estava tomando para ajudar os países e territórios do Caribe cujos estoques de vacina haviam sido destruídos pelos recentes furacões. A Diretora respondeu que a Repartição trabalharia primeiro com as ilhas afetadas para avaliar os danos à cadeia de refrigeração e aos estoques de vacina. Em seguida, elaboraria um plano para a reposição de vacinas e dos equipamentos da cadeia de refrigeração, e agiria rapidamente para obter financiamento para o plano. Nesse ínterim, estava implementado um mecanismo para disponibilizar vacinas dos países vizinhos a fim de cobrir necessidades agudas.

Encerramento da sessão

282. Após a troca habitual de cortesias, o Presidente deu por encerrada a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

Resoluções e decisões

283. As resoluções e decisões adotadas pela 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana são as seguintes:

Resoluções

CSP29.R1 Arrecadação de contribuições fixas

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (documentos CSP29/12 e Add. I) e a preocupação externada pela 160ª Sessão do Comitê Executivo no que se refere à situação da arrecadação de tais contribuições;

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

RESOLVE:

1. Tomar nota do relatório da Diretora sobre a arrecadação de contribuições fixas (documentos CSP29/12 e Add. I).

2. Expressar agradecimento aos Estados Membros que já realizaram pagamentos em 2017, e instar todos os Estados Membros atrasados a cumprirem com suas obrigações financeiras com a Organização sem demora.
3. Parabenizar os Estados Membros que cumpriram plenamente com suas obrigações fixas até 2017.
4. Cumprimentar os Estados Membros que realizaram consideráveis esforços para reduzir o atraso no pagamento de suas contribuições fixas pendentes referentes a anos anteriores.
5. Solicitar à Diretora que:
 - a) continue a explorar mecanismos para aumentar a arrecadação de contribuições fixas;
 - b) informe o Comitê Executivo da adimplência por parte dos Estados Membros em relação ao seu compromisso de pagamento das contribuições fixas;
 - c) informar o 56º Conselho Diretor da situação da arrecadação das contribuições fixas referentes a 2018 e anos anteriores.

(Segunda reunião, 25 de setembro de 2017)

CSP29.R2 Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região* (documentos CSP29/6, Rev. 3 e Add. I);

Observando que a Agenda de Saúde Sustentável constitui o marco de política e planejamento estratégico em matéria de saúde na Região das Américas, que servirá de orientação para os planos estratégicos da OPAS e os planos nacionais dos Estados Membros fomentando ao mesmo tempo, a coesão entre eles;

Tomando nota da decisão das autoridades de saúde da Região de que esta Agenda seja um chamado à ação coletiva para obter níveis mais altos de saúde e bem-estar no novo contexto regional e mundial, e de que representa a resposta do setor da saúde aos compromissos assumidos pelos Estados Membros da OPAS na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e aos assuntos inacabados dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDM) e da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, bem como aos desafios regionais emergentes em matéria de saúde pública;

Reconhecendo que o Grupo de Trabalho de Países, formado por delegados dos Ministérios e Secretarias da Saúde de 16 Estados Membros, representando cada sub-região do continente americano, e com o apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana como secretária técnica, realizou um processo intenso de trabalho e consultas aos Estados Membros sobre o tema para elaborar uma proposta para a nova Agenda de maneira participativa e inclusiva,

RESOLVE:

1. Aprovar a *Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: Um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na Região* (documento CSP29/6, Rev. 3).
2. Agradecer ao Grupo de Trabalho de Países, na figura de sua Presidente, a Ministra de Saúde Pública do Equador, e de seus Vice-presidentes, os Ministros da Saúde de Barbados e do Panamá, por sua liderança e pelas contribuições realizadas na elaboração da Agenda, e agradecer à Diretora pelo importante apoio prestado pela Repartição em sua função de secretária técnica deste grupo.
3. Instar os Estados Membros a:
 - a) utilizarem esta Agenda como importante insumo estratégico para a formulação de políticas de saúde em seus países, como julgarem apropriado;
 - b) determinarem as medidas e recursos necessários para alcançar os objetivos desta Agenda e implementá-la por inteiro, tendo em conta o contexto particular de cada país, as prioridades estabelecidas e as obrigações internacionais;
 - c) trocarem experiências e boas práticas e promoverem alianças orientadas à consecução das metas e objetivos, em consonância com o princípio da solidariedade pan-americana;
 - d) empreenderem esforços para promover a coordenação governamental intersetorial e a participação das organizações da sociedade civil, a fim de assegurar avanços na implementação da Agenda, ao mesmo tempo que se promove a prestação de contas;
 - e) apoiarem e participarem do seguimento, avaliação e apresentação de relatórios, por intermédio dos mecanismos estabelecidos, sobre avanços em seus países rumo aos objetivos e metas da Agenda.
4. Pedir à Diretora que:
 - a) utilize a Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 como o marco de política e planejamento estratégico de mais alto nível na Região a fim de orientar a formulação dos próximos planos estratégicos da OPAS;
 - b) estabeleça que os planos estratégicos da OPAS serão os instrumentos para levar adiante a nova Agenda no contexto regional e que, por intermédio destes planos

- estratégicos, serão orientados os esforços e estratégias de cooperação da Organização com os Estados Membros;
- c) estabeleça junto com os Estados Membros, os processos de definição de indicadores para a implementação, seguimento, avaliação e apresentação de relatórios sobre a nova Agenda, com base nos sistemas já existentes dentro da Organização;
 - d) coordene, com as instâncias pertinentes da Organização dos Estados Americanos (OEA) e com a Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL), o fortalecimento dos mecanismos de cooperação regional para a implementação desta Agenda e da Agenda 2030;
 - e) promova a difusão da nova Agenda entre os organismos de cooperação internacional e os fóruns de integração regional e sub-regional em matéria da saúde, com o propósito de obter harmonização e sinergias que favoreçam contribuições para a consecução dos objetivos da Agenda;
 - f) informe os Estados Membros sobre a implementação da Agenda, incluindo o progresso na direção de alcançar as metas, por meio de relatórios de progresso periodicos aos Órgãos Diretores da OPAS.

(Segunda reunião, 25 de setembro de 2017)

CSP29.R3 Política sobre etnia e saúde

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Havendo examinado a *Política sobre etnia e saúde* (documento CSP29/7, Rev. 1);

Levando em consideração a necessidade de promover uma abordagem intercultural no âmbito da saúde para eliminar as desigualdades em saúde dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, conforme pertinente no contexto nacional;

Reconhecendo as diferenças que existem entre os grupos étnicos, dentro dos países e entre eles, e reconhecendo também as diferenças em seus desafios, necessidades e respectivos contextos históricos;

Recordando os princípios reconhecidos na Declaração e Plano de Ação de Ação de Durban (2001), a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2007), a Declaração do Rio sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2011), a cúpula mundial de afrodescendentes (2011), a Década Internacional de Afrodescendentes 2015-2024 (2013), a conferência mundial dos povos indígenas (2014) e a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (2015), bem como os princípios constantes dos outros instrumentos internacionais relacionados com a etnia e a saúde;

Referindo-se ao quadro de mandatos da OPAS relacionados com a saúde dos povos indígenas, a inclusão da etnia como um eixo transversal no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e as lições aprendidas;

Reconhecendo a importância de que a OPAS como um todo (a Repartição e os Estados Membros) enfatize os esforços voltados ao fortalecimento do enfoque intercultural na saúde para alcançar o gozo do máximo grau possível de saúde por parte dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, em conformidade com seu contexto nacional;

Levando em consideração a necessidade de adotar as medidas necessárias para garantir o enfoque intercultural em saúde e a paridade de tratamento dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, com base em um plano de igualdade e respeito mútuo, considerando o valor de suas práticas culturais, entre as que se incluem os padrões de vida, os sistemas de valores, as tradições e as cosmovisões,

RESOLVE:

1. Adotar a *Política sobre etnia e saúde* (documento CSP29/7, Rev. 1).
2. Instar os Estados Membros, conforme o caso e levando em consideração seu contexto nacional, suas estruturas normativas, suas prioridades e suas possibilidades financeiras e orçamentárias, a que:
 - a) promovam políticas públicas que abordem a etnia como um determinante social da saúde do ponto de vista dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos;
 - b) promovam o melhor acesso a serviços de saúde de qualidade, entre outros, estimulando modelos de saúde interculturais que incluam, por meio do diálogo, as perspectivas dos saberes e das práticas ancestrais e espirituais dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, conforme pertinente em sua realidade nacional;
 - c) fortaleçam a capacidade institucional e comunitária nos Estados Membros para que se disponha de dados suficientes e de qualidade e se gere evidência sobre as desigualdades e iniquidades em saúde experimentadas pelos povos indígenas, afrodescendentes, roma e pelos membros de outros grupos étnicos para a tomada de decisões políticas intersectoriais em saúde;
 - d) reforcem as capacidades institucionais e comunitárias em todos os níveis para a implementação da abordagem intercultural nos sistemas e serviços de saúde, a fim de contribuir, entre outras coisas, para garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade;

- e) ampliem, promovam e assegurem a participação social de todos os povos indígenas, afrodescendentes, roma e dos membros de outros grupos étnicos, considerando o enfoque de gênero e a perspectiva do curso da vida, na formulação das políticas de saúde e em sua implementação;
- f) promovam a geração de conhecimentos e espaços próprios da medicina e do saber ancestral no âmbito do fortalecimento do enfoque intercultural na saúde;
- g) integrem o enfoque étnico e a visão dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, na aplicação do *Plano de ação sobre a saúde em todas as políticas* (documento CD53/10, Rev. 1 [2014]), de acordo com as realidades nacionais;
- h) promovam a cooperação intersetorial para o desenvolvimento sustentável dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos.

3. Solicitar à Diretora, de acordo com as possibilidades financeiras da Organização, que:

- a) defenda a inclusão dos componentes estratégicos sobre etnia e saúde na Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030 e do plano estratégico da OPAS para o período 2020-2025;
- b) priorize a cooperação técnica que apoia os países no fortalecimento da capacidade dos sistemas de saúde para a incorporação da etnia como um determinante social da saúde com base na perspectiva dos povos indígenas, dos afrodescendentes, dos roma e dos membros de outros grupos étnicos, em conformidade com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e com os instrumentos internacionais e regionais de direitos humanos aplicáveis;
- c) continue priorizando a etnia como um eixo transversal, em harmonia com o gênero, a equidade e os direitos humanos, na cooperação técnica da OPAS;
- d) fortaleça os mecanismos de coordenação e colaboração interinstitucionais para que haja sinergia e eficiência na cooperação técnica no âmbito do Sistema das Nações Unidas e do Sistema Interamericano, bem como com outras entidades interessadas no trabalho relacionado à etnia e saúde, especialmente com os mecanismos de integração sub-regional e as instituições financeiras internacionais pertinentes.

(Terceira reunião, 26 de setembro de 2017)

CSP29.R4 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022* (documento CSP29/9);

Reconhecendo a importância de melhorar a cobertura e a qualidade das estatísticas vitais para dispor de informações mais confiáveis e válidas para o planejamento, execução, acompanhamento e avaliação de políticas de saúde nos países, seguindo as recomendações internacionais;

Reconhecendo a necessidade de dispor de dados válidos, oportunos e no maior nível de desagregação possível ao nível subnacional, nacional, sub-regional e regional para o diagnóstico e a formulação de políticas de saúde e o acompanhamento de indicadores como os estabelecidos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a Agenda de Saúde para as Américas 2018-2030 e o Plano Estratégico da OPAS 2014 2019;

Consciente dos esforços realizados e os resultados obtidos até o presente com o anterior Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais e de saúde (2008-2012), e das recomendações dos Estados Membros para que seja prosseguido e ampliado, dando ênfase ao nível subnacional e à capacidade de análise das estatísticas;

Considerando a importância de um novo plano de ação que oriente de maneira contínua e permanente a melhoria da cobertura e da qualidade das estatísticas vitais dos países da Região as Américas,

RESOLVE:

1. Aprovar o *Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022* (documento CSP29/9), no contexto das condições específicas de cada país.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) incentivar a participação e a coordenação dos escritórios nacionais e setoriais de estatística e de registro civil, as áreas de informação em saúde e de epidemiologia, dos programas prioritários e das unidades financeiras dos ministérios da Saúde, os centros colaboradores da OPAS/OMS e outros atores públicos e privados na análise da situação e elaboração ou fortalecimento dos planos nacionais de ação;
 - b) considerar a captação de recursos humanos, tecnológicos e financeiros para a execução deste novo plano de ação para fortalecer as estatísticas vitais;
 - c) coordenar com outros países da Região a realização de atividades próprias aos respectivos planos de ação e a divulgação e o uso de ferramentas que favoreçam o fortalecimento dos processos de produção de estatísticas vitais, bem como as tecnologias da informação e comunicação;
 - d) aumentar o compromisso e a participação nas redes criadas para fortalecer os sistemas de informação em saúde, como a Rede Latino-americana e do Caribe para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde (RELAC SIS) e a rede dos centros colaboradores para a Família de Classificações Internacionais da OMS, com o propósito de aproveitar os recursos investidos e tirar proveito máximo das

contribuições feitas no âmbito da cooperação sul-sul.

3. Solicitar à Diretora a:
 - a) trabalhar com os Estados Membros para avaliar e atualizar os planos nacionais de ação e para divulgar as ferramentas que favoreçam a produção e o fortalecimento das estatísticas vitais dentro de uma visão renovada dos sistemas de informação em saúde;
 - b) fortalecer a coordenação do plano de ação com iniciativas de mesma natureza desenvolvidas por outros organismos internacionais técnicos e de financiamento e iniciativas globais em fortalecimento das estatísticas vitais nos países;
 - c) trabalhar com os Estados Membros na elaboração de uma estratégia e plano de ação para o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, que possa ser apresentada para consideração dos Órgãos Diretores em 2018;
 - d) informar periodicamente aos Órgãos Diretores sobre os progressos e os desafios na execução do plano de ação.

(Quarta reunião, 26 de setembro de 2017)

CSP29.R5 Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (modificado)

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado a proposta de modificações ao *Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019* (Documento Oficial 345 e Add. I), que modifica a versão de 2014 do Plano Estratégico;

Acolhendo o alinhamento programático e funcional com a reforma da gestão de emergências da OMS na Região das Américas;

Reconhecendo a importância da definição de prioridades programáticas em consulta com os Estados Membros usando uma metodologia robusta e sistemática,

RESOLVE:

1. Aprovar a versão com a proposta de modificações do *Plano Estratégico da Oo a proposta de modificações ao Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019* (Documento Oficial 345).
2. Agradecer as autoridades sanitárias nacionais que realizaram os exercícios de definição de prioridades programáticas usando a metodologia refinada da OPAS-Hanlon.

3. Solicitar à Diretora que:
 - a) implemente as mudanças programáticas no biênio 2018-2019 com os ajustes correspondentes no Programa e Orçamento 2018-2019 em resposta às categorias e resultados intermediários revistos no Plano Estratégico da OPAS 2014-2019;
 - b) atualize o compêndio dos indicadores dos resultados intermediários e o Sistema de Monitoramento de Planos Estratégicos para facilitar a avaliação conjunta com os Estados Membros dos resultados intermediários do Plano Estratégico e dos resultados imediatos do Programa e Orçamento;
 - c) apresente, em 2018, um segundo relatório provisório sobre a implementação do Plano Estratégico da OPAS 2014-2019 e, em 2020, um relatório final.

(Quarta reunião, 26 de setembro de 2017)

CSP29.R6 Programa e Orçamento da Organização Pan Americana da Saúde 2018-2019

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o *Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento Oficial 354 e documentos Add. I e Add. II);

Tendo considerado o relatório da 160ª sessão do Comitê Executivo (Documento CSP29/2);

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

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

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho da Organização Pan-Americana da Saúde com um orçamento de US\$ 619.6 milhões para os programas da base e US\$ 56,0 milhões para programas específicos e resposta a emergências, conforme delineado no Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019.
2. Incentivar os Estados Membros a continuar a efetuar, dentro do prazo, os pagamentos das suas contribuições em 2018 e 2019 e a quitar os atrasados que talvez tenham se acumulado nos períodos orçamentários anteriores.

3. Incentivar os Estados Membros a continuar a defender uma proporção equitativa dos recursos da OMS e, mais especificamente, o pleno financiamento, por parte da OMS, do espaço no orçamento alocado à Região das Américas.

4. Incentivar todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados a fazer as contribuições voluntárias que estejam alinhadas com o Programa e Orçamento 2018-2019 e, dentro do possível, considerar a possibilidade de tornar essas contribuições plenamente flexíveis e destiná-la a um fundo comum de recursos sem fim específico.

5. Alocar o orçamento referente ao período orçamentário 2018-2019 entre as seis categorias programáticas do seguinte modo:

Categoria	Montante (US\$)
1. Doenças transmissíveis	114.600.000
2. Doenças não transmissíveis e fatores de risco	59.100.000
3. Determinantes da saúde e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida	81.400.000
4. Sistemas de saúde	118.400.000
5. Emergências de saúde	56.400.000
6. Liderança, governança e funções facilitadoras	189.700.000
Programas de base – Total (Categorias 1 a 6)	619.600.000
Programas específicos e resposta a emergências	56.000.000
Programa e orçamento – Total	675.600.000

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

Fonte de financiamento	Montante (US\$)
a) Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS	210.640.000
Menos o crédito do Fundo de Equalização de Impostos	(16.340.000)
b) Receitas diversas orçadas	20.000.000
c) Outras fontes	215.200.000
d) Alocação de financiamento à Região das Américas da Organização Mundial da Saúde	190.100.000
TOTAL	619.600.000

7. Solicitar à Diretora que, ao fixar as contribuições dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, providencie que essas contribuições sejam reduzidas ainda mais pelo valor correspondente ao montante do seu crédito no Fundo de Equalização

de Impostos, exceto que os créditos dos Estados que tributam os salários recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos pelo valor correspondente ao montante dos respectivos reembolsos de impostos efetuados pela RSPA.

8. Autorizar a Diretora a usar as contribuições fixas, receitas diversas, receitas de outras fontes, como as contribuições voluntárias, e a alocação de financiamento da Organização Mundial da Saúde à Região das Américas para financiar o orçamento conforme disposto acima, sujeita à disponibilidade de financiamento.

9. Autorizar também a Diretora a fazer transferências do orçamento, conforme necessário, entre as seis categorias enumeradas acima, até um montante não superior a 10% do orçamento aprovado na categoria recebedora ou na categoria fonte. As despesas decorrentes dessas transferências serão informadas na categoria final nos relatórios financeiros referentes ao período 2018-2019.

10. Solicitar à Diretora que informe aos Órgãos Diretores os montantes das despesas de cada fonte de financiamento frente às categorias e áreas programáticas elencadas no Programa e Orçamento 2018-2019.

(Quarta reunião, 26 de setembro de 2017)

CSP29.R7 Nomeação do Auditor Externo da OPAS para o período 2018-2021

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o relatório do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) sobre a Designação do Auditor Externo (Documento CSP29/13);

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

RESOLVE:

1. Nomear o National Audit Office do Reino Unido de Grã-Bretanha e Irlanda do Norte como Auditor Externo das contas da Organização Pan-Americana da Saúde para o período 2018-2021, de acordo com os princípios e requisitos estipulados no Regulamento Financeiro XIV.

2. Solicitar ao Diretor que:

a) estabeleça termos e condições contratuais entre a Organização e o Auditor Externo designado a fim de cobrir as modalidades de trabalho do Auditor Externo para o cumprimento de suas atribuições conforme o Anexo B do documento CSP29/13, o qual contém informações adicionais sobre a designação do Auditor Externo;

- b) expresse seu agradecimento ao Presidente do Tribunal de Contas da Espanha pelos excelentes serviços prestados à Organização Pan-Americana da Saúde nos exercícios financeiros de 2012 a 2017, principalmente no que se refere ao compromisso com seu mandato e qualidade das recomendações apresentadas, que contribuíram para aumentar a eficiência e eficácia das operações da Organização.

(Quinta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R8 Eleição de três Estados Membros para integrar o Comitê Executivo ao expirar o mandato dos Estados Unidos da América, da Guatemala e de Trinidad e Tobago

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

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

Considerando que Belize, Canadá e Peru foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, da Guatemala e de Trinidad e Tobago,

RESOLVE:

1. Declarar Belize, Canadá e Peru eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer aos Estados Unidos da América, à Guatemala e à Trinidad e Tobago pelos serviços prestados à Organização durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

(Quinta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R9 Eleição de dois membros para integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo presente que o Artigo VI do Estatuto do BIREME estabelece que o Comitê Assessor do BIREME seja constituído de um representante nomeado pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana e outro nomeado pelo Governo do Brasil como membros permanentes, e que os cinco membros não permanentes deverão ser selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) entre os membros do BIREME (de que

constam atualmente todos os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS), levando em consideração a representação geográfica;

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

Considerando que Barbados e El Salvador foram eleitos para integrar o Comitê Assessor do BIREME a partir de 1º de janeiro de 2018, por chegarem a seu término os mandatos de Panamá e de Trinidad e Tobago,

RESOLVE:

1. Declarar Barbados e El Salvador eleitos como membros não permanentes do Comitê Assessor do BIREME por um período de três anos.
2. Agradecer a Panamá e Trinidad e Tobago os serviços prestados à Organização por seus delegados no Comitê Assessor do BIREME durante os últimos três anos.

(Quinta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R10 Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-americana e proposta de nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da saúde para as américas

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo em mente os Artigos 4.E e 21.A da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde, que estipulam que a Repartição Sanitária Pan-Americana terá um Diretor eleito na Conferência pelo voto da maioria dos Membros da Organização;

Tendo em mente o Artigo 4 do Acordo entre a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde e o Artigo 52 da Constituição da Organização Mundial da Saúde, que estabelece o procedimento para nomeação dos Diretores Regionais da Organização Mundial da Saúde;

Convencida de que a eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana foi realizada de acordo com as regras e procedimentos estabelecidos,

RESOLVE:

1. Declarar a Dra. Carissa F. Etienne eleita como Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana para um período de cinco anos com início em 1º de fevereiro de 2018 e término em 31 de janeiro de 2023.
2. Submeter ao Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde o nome de Dra. Carissa F. Etienne para sua nomeação como Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas durante o mesmo período.

(Quinta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R11 Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CSP29/8);

Tendo considerado a declaração da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas no relatório apresentado pela presidente do Comitê Técnico Internacional de Documentação e Verificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita nas Américas à Diretora e aos Estados Membros durante o 55º Conselho Diretor da OPAS, 68ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, em setembro de 2016;

Tendo examinado as recomendações do Comitê Técnico Internacional para manter a Região das Américas livre da transmissão endêmica do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita;

Reconhecendo o enorme trabalho realizado pelos Estados Membros para finalizar a documentação e a confirmação da interrupção da transmissão endêmica do sarampo e da rubéola na Região das Américas de acordo com o solicitado na resolução CSP28.R14 (2012);

Observando com preocupação que a iniciativa de eliminação mundial do sarampo e da rubéola em outras Regiões do mundo não tem tido progresso considerável, e considerando que não alcançar a interrupção da transmissão de ambos os vírus em escala mundial possibilita a importação dos vírus e põe em risco as conquistas na Região das Américas;

Levando em consideração que assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo e da rubéola requer o compromisso no mais alto nível político dos Estados Membros da OPAS para enfrentar os desafios nos próprios programas de vacinação e sistemas de vigilância, para não pôr em risco a eliminação destas doenças;

Reconhecendo a necessidade de elaborar um plano de ação para proteger as conquistas da nossa Região, assegurando de forma permanente a eliminação e evitando o risco do restabelecimento da transmissão endêmica destes vírus por casos importados de outras Regiões do mundo,

RESOLVE:

1. Felicitar todos os Estados Membros e seus profissionais da saúde pela conquista histórica da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita na Região das Américas.
2. Aprovar e executar o *Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023* (documento CSP29/8) no contexto das condições particulares de cada país.
3. Instar todos os Estados Membros a:
 - a) promover a implementação dos objetivos e indicadores do *Plano de ação para imunização* (Documento CD54/7, Rev. 2 [2015]) da OPAS para o período 2015–2019, a fim de obter coberturas de vacinação nacionais e municipais de pelo menos 95% com a primeira e a segunda doses da vacina contra o sarampo, rubéola e caxumba, bem como coberturas nacionais e municipais de pelo menos 95% nas campanhas de vacinação de seguimento contra o sarampo e a rubéola;
 - b) fortalecer a vigilância epidemiológica do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita visando a detecção oportuna dos casos suspeitos e confirmados destas doenças, no contexto do surgimento de novas doenças de atenção prioritária na saúde pública, como as arboviroses;
 - c) desenvolver as capacidades nacional e operacional dos países para assegurar a eliminação do sarampo e da rubéola, com a formação ou a manutenção de comissões nacionais para monitorar os planos de sustentabilidade da eliminação, e a utilização de ferramentas regionais e nacionais para atualizar e capacitar os profissionais de saúde dos setores público e privado;
 - d) estabelecer mecanismos padronizados para a resposta rápida diante de casos importados de sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita a fim de evitar o restabelecimento da transmissão endêmica destas doenças nos países, instituindo ou reativando os grupos de resposta rápida capacitados para esta finalidade e implantando planos nacionais de resposta rápida diante de casos importados.

4. Solicitar à Diretora a:
- a) continuar oferecendo cooperação técnica aos Estados Membros para fortalecer as capacidades nacionais que contribuam para executar as atividades necessárias de vacinação da população e a vigilância epidemiológica de alta qualidade do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita, conforme descrito neste plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação destes vírus;
 - b) prosseguir com a captação do financiamento adicional necessário para dar apoio aos Estados Membros na preparação da resposta aos surtos de sarampo e rubéola relacionados a casos importados, bem como realizar campanhas de vacinação de seguimento e outras atividades descritas neste plano;
 - c) continuar promovendo no mais alto nível político com as outras Regiões do mundo, parceiros e aliados esforços para o alcance de forma rápida das metas estabelecidas pela OMS para a eliminação global do sarampo e da rubéola mirando a futura erradicação de ambos os vírus.

(Sexta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R12 Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/11);

Reconhecendo que o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco continuam sendo um grave problema de saúde pública e são um fator de risco comum para as principais doenças não transmissíveis;

Reconhecendo que as doenças não transmissíveis são a principal causa de mortalidade na Região, e que aproximadamente um terço das mortes por doenças não transmissíveis são prematuras, ocorrendo em pessoas de 30 a 70 anos de idade;

Reconhecendo o alto custo das doenças relacionadas ao tabaco para as famílias e para os sistemas de saúde dos Estados Membros, o qual acentua a pobreza e as desigualdades em matéria de saúde e dificulta a obtenção da saúde universal na Região;

Reconhecendo que, embora a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT) já esteja em vigor internacionalmente há 12 anos e 30 dos Estados Membros da Região sejam Estados Partes dela, o avanço na implementação de suas medidas tem sido desigual tanto entre os países como no tocante ao

tipo de medidas aprovadas, e o ritmo de implementação das mesmas mostra sinais de desaceleração;

Reconhecendo ainda que existem muitas circunstâncias que dificultaram a implementação das medidas da CQCT em âmbito nacional por seus Estados Partes, mas destacando que o desafio comum e mais importante que todos os países enfrentam é a interferência da indústria do tabaco e daqueles que trabalham para defender seus interesses;

Observando que a presente Estratégia e plano de ação prioriza as medidas da CQCT contidas nas intervenções para a prevenção e controle das doenças não transmissíveis que a OMS definiu como tendo excelente relação custo-benefício e aplicabilidade, inclusive em contextos onde os recursos são limitados, razão pela qual sua implementação é importante para todos os Estados Membros, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT,

RESOLVE:

1. Aprovar a *Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022* (documento CSP29/11), no contexto das condições específicas de cada país.
2. Instar aos Estados Membros, levando em consideração seu contexto nacional, que:
 - a) promovam práticas de saúde pública que protejam a população em geral, e às crianças e adolescentes em especial, dos perigos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo de tabaco, de modo a reduzir definitivamente o ônus de morbimortalidade a eles inerente;
 - b) priorizem a adoção de uma norma abrangente para ambientes livre de fumaça e a implementação de advertências de saúde nas embalagens de produtos de tabaco, bem como o fortalecimento e eventual melhoramento de normas já existentes sobre estes temas e de seu cumprimento, com o objetivo de que essas medidas protejam toda a população das Américas;
 - c) considerem a adoção ou o fortalecimento da implementação das outras medidas contidas na CQCT, com especial ênfase na proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco em conformidade com o Artigo 13 da CQCT e em medidas fiscais para reduzir a demanda por tabaco;
 - d) considerem os impostos sobre o tabaco como uma fonte de renda que, em conformidade com a legislação nacional, poderia ser utilizada como fonte de financiamento doméstico da saúde em particular e do desenvolvimento em geral;
 - e) fortaleçam seus sistemas nacionais de vigilância a fim de que possam avaliar não só a prevalência do consumo de tabaco, mas também a efetividade das medidas implementadas, e possam obter informação desagregada por sexo, gênero, etnia e outros fatores, na medida do possível, e usar essa informação para criar

intervenções com base em evidências científicas e direcionadas a fim de reduzir as disparidades;

- f) oponham-se às tentativas da indústria do tabaco e de seus grupos associados de interferir, atrasar, obstaculizar ou impedir a implementação das medidas de controle do tabaco orientadas à proteção da saúde pública da população, e reconheçam a necessidade de monitorar, documentar e, de acordo com a legislação nacional vigente, tornar públicas as atividades da indústria a fim de pôr em evidência suas estratégias e reduzir sua eficácia;
- g) considerem a necessidade de contar com instrumentos legais para abordar a questão relativa ao conflito de interesses por parte de representantes oficiais e funcionários públicos no que diz respeito ao controle do tabaco;
- h) considerem, caso sejam Parte da CQCT, a ratificação do *Protocolo para eliminar o comércio ilícito de produtos de tabaco*, a fim de assegurar sua pronta entrada em vigor em âmbito internacional.

3. Solicitar à Diretora que:

- a) preste apoio aos Estados Membros na elaboração, revisão e implementação de normas e políticas de controle do tabaco, quer sejam ou não Estados Partes da CQCT;
- b) promova a cooperação técnica com os países e entre eles para compartilhar boas práticas e lições aprendidas;
- c) fortaleça a cooperação técnica para melhorar as capacidades dos Estados Membros para promover a coerência entre as políticas de comércio e de saúde pública no contexto do controle do tabaco, a fim de proteger a saúde da interferência da indústria do tabaco;
- d) fomente as alianças com outros organismos internacionais e sub-regionais, bem como com membros da sociedade civil, nacional e internacionalmente, para apoiar a implementação desta Estratégia e plano de ação.

(Sexta reunião, 27 de setembro de 2017)

CSP29.R13 Nova Escala de Contribuições Fixas

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo sobre a *Nova Escala de Contribuições Fixas* para os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde (Documentos CSP29/5 e Add. I);

Levando em conta que os Governos Membros da Organização Pan-Americana da Saúde têm suas contribuições determinadas em conformidade com o Artigo 60 do Código

Sanitário Pan-Americano e o Artigo 24 (a) da Constituição da Organização Pan-Americana da Saúde;

Observando que cerca de 34% do Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019, considerado o *Documento Oficial 354*, será financiado por contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados;

Levando em conta que a Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou uma escala de contribuições fixas “de transição” para o exercício fiscal de 2018 enquanto a análise do atual sistema e metodologia de cotas está em curso,

RESOLVE:

1. Aprovar a proposta de escala de contribuições fixas para os Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para uso no ano fiscal de 2018, conforme consta do quadro a seguir.
2. Apresentar, para a apreciação dos Órgãos Diretores da OPAS, uma escala revisada de contribuições fixas para o ano fiscal de 2019, elaborada com base na escala de cotas da OEA para 2019, conforme e quando esta escala for adotada pela OEA.

Estado Membro	Cota de contribuição (%)
Antígua e Barbuda	0,022
Argentina	3,000
Bahamas	0,047
Barbados	0,026
Belize	0,022
Bolívia	0,070
Brasil	12,457
Canadá	9,801
Chile	1,415
Colômbia	1,638
Costa Rica	0,256
Cuba	0,132
Dominica	0,022
El Salvador	0,076
Equador	0,402
Estados Unidos da América	59,445
Granada	0,022
Guatemala	0,171
Guiana	0,022
Haiti	0,022
Honduras	0,043
Jamaica	0,053

Estado Membro	Cota de contribuição (%)
México	6,470
Nicarágua	0,022
Panamá	0,191
Paraguai	0,087
Peru	1,005
República Dominicana	0,268
São Cristóvão e Nevis	0,022
Santa Lúcia	0,022
São Vicente e Granadinas	0,022
Suriname	0,022
Trinidad e Tobago	0,129
Uruguai	0,298
Venezuela	1,940
Estado Participante	Cota de contribuição (%)
França	0,203
Países Baixos	0,022
Reino Unido	0,022

Membro Associado	Cota de contribuição (%)
Aruba	0,022
Curaçao	0,022
Porto Rico	0,025
Sint Maarten	0,022
TOTAL	100,00

(Oitava reunião, 28 de setembro de 2017)

CSP29.R14 Contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2018

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Considerando que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou na Resolução CSP29.R6 o *Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde 2018-2019* (Documento Oficial 354);

Considerando o Artigo 60 do Código Sanitário Pan-Americano, que estipula que para o bom desempenho das funções e deveres que lhe competem à Repartição Sanitária Pan-Americana, a União Pan-Americana deverá levantar um fundo nunca inferior a 50.000

dólares, que será subscrito pelos países signatários na mesma base em que são feitas as despesas da União Pan-Americana;

Tendo em mente que a 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, na Resolução CSP29.R13, adotou a escala de contribuições para os membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para 2018,

RESOLVE:

1. Estabelecer as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2018, de acordo com a escala de contribuições apresentada a seguir e nos valores correspondentes, que representam um crescimento nominal zero das contribuições brutas em relação ao ano financeiro de 2017.
2. Instar a Repartição Sanitária Pan-Americana a revisar as contribuições fixas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro de 2019, conforme e quando a Organização de Estados Americanos (OEA) adotar uma nova escala de quotas para tal período. A escala de contribuições revisada para os Membros da OPAS em 2019 deverá ser apresentada à primeira reunião dos Órgãos Diretores da OPAS que se seguir à adoção na OEA.

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2018										
Membros	Quota (%)		Contribuição bruta (US\$)		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos (US\$)		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA (US\$)		Contribuição líquida (US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Antígua e Barbuda	0,022		23.170		1.797					21.373
Argentina	3,000		3.159.600		245.100					2.914.500
Bahamas	0,047		49.500		3.840					45.661
Barbados	0,026		27.383		2.124					25.259
Belize	0,022		23.170		1.797					21.373
Bolívia	0,070		73.724		5.719					68.005
Brasil	12,457		13.119.712		1.017.737					12.101.976
Canadá	9,801		10.322.413		800.742		40.000			9.561.672
Chile	1,415		1.490.278		115.606					1.374.673
Colômbia	1,638		1.725.142		133.825					1.591.317
Costa Rica	0,256		269.619		20.915					248.704
Cuba	0,132		139.022		10.784					128.238
Dominica	0,022		23.170		1.797					21.373
El Salvador	0,076		80.043		6.209					73.834
Equador	0,402		423.386		32.843					390.543
Estados Unidos	59,445		62.607.474		4.856.657		6.000.000			63.750.818
Granada	0,022		23.170		1.797					21.373
Guatemala	0,171		180.097		13.971					166.127
Guiana	0,022		23.170		1.797					21.373
Haiti	0,022		23.170		1.797					21.373
Honduras	0,043		45.288		3.513					41.775
Jamaica	0,053		55.820		4.330					51.490
México	6,470		6.814.204		528.599					6.285.605
Nicarágua	0,022		23.170		1.797					21.373
Panamá	0,191		201.161		15.605					185.557
Paraguai	0,087		91.628		7.108					84.521
Peru	1,005		1.058.466		82.109					976.358

CONTRIBUIÇÕES FIXAS DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE PARA 2018										
Membros	Quota (%)		Contribuição bruta (US\$)		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos (US\$)		Ajustes a título de impostos cobrados sobre salários recebidos pelos funcionários da RSPA (US\$)		Contribuição líquida (US\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
República Dominicana	0,268		282.258		21.896				260.362	
Santa Lúcia	0,022		23.170		1.797				21.373	
São Cristóvão e Névis	0,022		23.170		1.797				21.373	
São Vicente e Granadinas	0,022		23.170		1.797				21.373	
Suriname	0,022		23.170		1.797				21.373	
Trinidad e Tobago	0,129		135.863		10.539				125.324	
Uruguai	0,298		313.854		24.347				289.507	
Venezuela	1,940		2.043.208		158.498		35.000		1.919.710	
<i>Estados participantes</i>										
França	0,203		21.800		16.585				197.215	
Países Baixos	0,022		23.170		1.797				21.373	
Reino Unido	0,022		23.170		1.797				21.373	
<i>Membros associados</i>										
Aruba	0,022		23.170		1.797				21.373	
Curaçao	0,022		23.170		1.797				21.373	
Porto Rico	0,025		26.330		2.043				24.288	
Sint Maarten	0,022		23.170		1.797				21.373	
TOTAL	100,000		105.320.000		8.170.000		6.075.000		103.225.000	

(Oitava reunião, 28 de setembro de 2017)

CSP29.R15 *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado a *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CSP29/10) apresentada pela Diretora;

Levando em conta que a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, cujo objetivo 3 propõe “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”;

Consciente de que a *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*, aprovada pelo 53º Conselho Diretor da OPAS (2014), requer para sua implementação recursos humanos em quantidade suficiente, distribuídos equitativamente e com as capacidades adequadas, de acordo com as necessidades das comunidades;

Considerando que a 69ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em maio de 2016, aprovou a *estratégia mundial de recursos humanos para a saúde: profissionais da saúde 2030*; que a comissão de alto nível sobre emprego e crescimento econômico em saúde convocada pelas Nações Unidas em novembro de 2016 estabeleceu que o investimento em emprego no setor da saúde pode gerar crescimento econômico e contribuir para o desenvolvimento dos países; e que a 70ª Assembleia Mundial da Saúde, em maio de 2017, aprovou o plano de ação quinquenal para o emprego no âmbito da saúde e o crescimento econômico inclusivo (2017-2021) (documento A70/18);

Reconhecendo que, apesar dos avanços obtidos, continuam existindo desafios, especialmente no tocante à disponibilidade e distribuição do pessoal, planejamento, governança, articulação entre os setores e formação, de acordo com as necessidades do sistema de saúde em relação ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde,

RESOLVE:

1. Aprovar a *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* (documento CSP29/10).
2. Instar a que os Estados Membros, conforme apropriado ao seu contexto e às suas prioridades internas:
 - a) estabeleçam mecanismos formais para fortalecer a orientação no desenvolvimento de políticas nacionais de recursos humanos em saúde, incluindo a colaboração e a coordenação das altas autoridades para promover sinergias na regulamentação, no planejamento estratégico e na tomada de decisão baseadas nas necessidades do sistema de saúde;

- b) aumentem os gastos públicos e a eficiência do financiamento, fomentando a qualidade da educação e do emprego no setor da saúde para aumentar a disponibilidade de recursos humanos, motivar as equipes de saúde, promover sua retenção, melhorar os resultados de saúde e contribuir para o desenvolvimento econômico;
- c) fortaleçam os processos de planejamento estratégico, a previsão de necessidades presentes e futuras e o monitoramento da qualidade do desempenho por meio do desenvolvimento de sistemas de informação sobre recursos humanos para a saúde;
- d) promovam o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde;
- e) implementem estratégias de retenção de recursos humanos para a saúde, especialmente nas zonas desassistidas, de acordo com as características interculturais de cada comunidade, combinando incentivos tanto econômicos como de desenvolvimento profissional, projeto de vida e condições de trabalho e infraestrutura;
- f) defendam a transformação da educação das profissões da saúde por meio de um credenciamento fortalecido a fim de incluir os princípios da missão social, da incorporação da perspectiva de saúde pública e da abordagem dos determinantes sociais como coluna vertebral da formação dos recursos humanos para a saúde;
- g) promovam acordos de alto nível entre os setores da educação e da saúde para alinhar a formação dos recursos humanos com as necessidades presentes e futuras dos sistemas de saúde e para fazer avançar os processos de avaliação e credenciamento dos programas de formação em ciências da saúde, incorporando a pertinência social dentro dos padrões prioritários de qualidade educacional;
- h) elaborem estratégias de educação permanente para os profissionais da saúde, incorporando as novas tecnologias da informação e da comunicação, a telessaúde, a educação virtual e as redes de aprendizagem, a fim de melhorar a capacidade resolutive e a qualidade do desempenho nas redes integradas de serviços de saúde;
- i) fortaleçam a governança no planejamento e na regulamentação da formação de especialistas, fixando metas incrementais para a designação de cargos de saúde familiar e comunitária e especialidades básicas;
- j) incorporem a perspectiva de gênero, bem como as necessidades das trabalhadoras, nos novos modelos de organização e contratação dos serviços de saúde, considerando a crescente feminização dos recursos humanos no setor da saúde;•
- k) Busquem — usando como guia o Código de Práticas Mundial da OMS sobre a Contratação Internacional de Pessoal de Saúde — aprimorar o diálogo e as parcerias, inclusive os arranjos bilaterais, conforme apropriado, a fim de abordar os desafios da migração do pessoal de saúde e o fortalecimento dos sistemas de saúde; esses arranjos poderiam abordar o treinamento avançado do pessoal habilitado dos países de origem e proporcionar modelos para a circulação ordenada do pessoal de saúde habilitado,

entre outras medidas delineadas no Código, com vistas a atender às necessidades dos países de destino sem prejudicar a segurança sanitária dos países de origem.

3. Pedir à Diretora que:
 - a) promova o diálogo político intersetorial, facilitando a implementação da *Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde* nos Estados Membros e, especialmente, o aumento do investimento em recursos humanos para a saúde;
 - b) elabore para 2018, um plano de ação regional com objetivos específicos e indicadores, a fim de que se avance de maneira mais expedita no caminho estabelecido nesta estratégia;
 - c) apoie os países no fortalecimento da capacidade de planejamento estratégico, gestão de recursos humanos e desenvolvimento dos sistemas de informação para respaldar a análise de cenários presentes e futuros relacionados com a expansão progressiva do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde;
 - d) incentive a pesquisa, o intercâmbio de experiências e a cooperação entre os países em temas como equipes interprofissionais de saúde, qualidade da educação com pertinência social e estratégias de retenção de recursos humanos;
 - e) promova a coordenação entre as agências das Nações Unidas e outros organismos internacionais que trabalham com temas relacionados aos recursos humanos para a saúde e estabeleça uma comissão técnica de alto nível para avaliar as tendências, as capacidades e a mobilidade dos profissionais da saúde na Região das Américas.

(Oitava reunião, 28 de setembro de 2017)

CSP29.R16 Atualização sobre a situação e os desafios do suprimento da vacina inativada contra poliomielite para manter a erradicação da doença na Região das Américas

A 29ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo examinado o documento *Atualização sobre a situação e os desafios do suprimento da vacina inativada contra poliomielite para manter a erradicação da doença na Região das Américas* (documento CSP29/16) sobre as conquistas históricas feitas na Região das Américas quanto à erradicação da poliomielite e os desafios atuais do suprimento da vacina inativada contra poliomielite (VIP);

Reconhecendo a inestimável contribuição do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da Organização Pan-Americana da Saúde (conhecido como “Fundo Rotativo”) para garantir o acesso oportuno e equitativo às vacinas contra poliomielite para os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);

Considerando a importância da participação ativa dos Estados Membros da OPAS no Fundo Rotativo;

Reafirmando os princípios, termos e condições e procedimentos do Fundo Rotativo e o benefício deste fundo para a saúde pública na Região das Américas (resolução CD52.R5 [2013]);

Reconhecendo a importância de manter à Região das Américas livre da poliomielite e progredir para a erradicação global da doença;

Consciente das circunstâncias especiais ora existentes para a implementação do plano estratégico para a erradicação global da poliomielite e fase final 2013-2018 e da situação atual de demanda mundial e suprimento limitado da VIP, segundo informado pela Diretora-Geral da OMS em maio de 2017, bem como da importância de preservar a erradicação da poliomielite na Região das Américas;

Considerando também que, se o Fundo Rotativo conseguir obter mais doses da VIP, os Estados Membros participantes deste fundo poderiam planejar adequadamente o uso de uma fração da dose da VIP (VIPf) administrada por via intradérmica em um esquema de duas doses;

Reconhecendo que a Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) requer a aprovação dos Estados Membros da OPAS para fazer avançar qualquer negociação que deixe de cumprir os princípios, termos e condições e procedimentos do Fundo Rotativo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) continuar reconhecendo o Fundo Rotativo da OPAS como o mecanismo estratégico de cooperação mais idôneo para permitir o acesso às vacinas, como a VIP;
 - b) promover a solidariedade e o pan-americanismo com sua participação no Fundo Rotativo.
2. Solicitar à Diretora que:
 - a) negocie de forma extraordinária o melhor preço possível para a compra da VIP, para a Região das Américas e, se necessário, adequar os termos e condições do Fundo Rotativo para esta única ocasião a fim de fazer face às circunstâncias especiais ora existentes e oferecer o suprimento da VIP para a Região das Américas;
 - b) mantenha a coordenação com a Iniciativa Global para a Erradicação da Poliomielite ao longo desse processo, em conformidade com o *Plano estratégico para a erradicação global da poliomielite e fase final 2013-2018*;

- c) mantenha o diálogo com parceiros e produtores mundiais da VIP com o objetivo de acelerar e garantir a capacidade de produção das doses da VIP necessárias para a Região das Américas;
- d) continue dando apoio aos Estados Membros da OPAS na preparação para o uso da VIPf;
- e) informe o Comitê Executivo em 2018, por intermédio do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, da situação do suprimento da VIP na Região das Américas, bem como da negociação extraordinária, caso ocorra, e dos resultados alcançados e avanços obtidos por meio do diálogo destacado acima.

(Oitava reunião, 28 de setembro de 2017)

Decisões

Decisão CSP29(D1): Designação da Comissão de Credenciais

Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência nomeou Barbados, El Salvador e o Uruguai membros da Comissão de Credenciais.

(Primeira reunião, 25 de setembro de 2017)

Decisão CSP29(D2): Eleição da Mesa Diretora

Em conformidade com o Artigo 17 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência elegeu o Paraguai como Presidente, Guiana e Panamá como Vice-presidentes, e o Canadá como Relator da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

(Primeira reunião, 25 de setembro de 2017)

Decisão CSP29(D3): Estabelecimento da Comissão Geral

Em conformidade com o Artigo 33 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência nomeou a Bolívia, Cuba e os Estados Unidos da América membros da Comissão Geral.

(Primeira reunião, 25 de setembro de 2017)

Decisão CSP29(D4): Adoção da agenda

Em conformidade com o Artigo 11 do Regulamento Interno da Conferência Sanitária Pan-Americana, a Conferência adotou a agenda apresentada pela Diretora, com as modificações feitas durante a sessão (documento CSP29/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 25 de setembro de 2017)

EM TESTEMUNHO DO QUE, o Presidente da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 69ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas, o Delegado do Paraguai, e a Secretária *ex officio*, a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, firmam o presente Relatório Final no idioma espanhol.

FEITO em Washington, D.C., Estados Unidos da América, neste vigésimo nono dia de setembro do ano de dois mil e dezessete. A Secretária depositará os textos originais nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana. O Relatório Final será publicado na página da Organização Pan-Americana da Saúde na Internet uma vez aprovado pelo Presidente.

Antonio C. Barrios Fernández
Presidente da
29ª Conferência Sanitária Pan-Americana,
69ª sessão do Comitê Regional da OMS
para as Américas
Delegado do Paraguai

Carissa Etienne
Secretária *ex officio* da
29ª Conferência Sanitária Pan-Americana
69ª Sessão do Comitê Regional da OMS
para as Américas
Diretora da Repartição Sanitária
Pan-Americana

AGENDA

1. ABERTURA DA SESSÃO

2. ASSUNTOS RELATIVOS AO REGULAMENTO

- 2.1 Nomeação da Comissão de Credenciais
- 2.2 Eleição da Mesa Diretora
- 2.3 Estabelecimento de um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS
- 2.4 Estabelecimento da Comissão Geral
- 2.5 Adoção da Agenda

3. ASSUNTOS RELATIVOS À CONSTITUIÇÃO

- 3.1 Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
- 3.2 Relatórios da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - a) Relatório Quinquenal 2013-2017 do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - b) Saúde nas Américas
- 3.3 Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e Proposta de Nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas
- 3.4 Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao expirar o Mandato dos Estados Unidos da América, Guatemala e Trinidad e Tobago

4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS

- 4.1 Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (modificado 2017)
 - 4.2 Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019
 - 4.3 Nova escala de contribuições fixas
-

- 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DOS PROGRAMAS** *(cont.)*
 - 4.4 Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
 - 4.5 Política sobre etnia e saúde
 - 4.6 Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023
 - 4.7 Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022
 - 4.8 Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
 - 4.9 Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022
 - 4.10 Atualização sobre a situação e os desafios do fornecimento da vacina inativada contra a poliomielite para manter a erradicação dessa doença na Região das Américas

- 5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS**
 - 5.1 Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
 - 5.2 Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2016
 - 5.3 Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2021

- 6. SELEÇÃO DE ESTADOS MEMBROS PARA COMISSÕES E COMITÊS**
 - 6.1 Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

- 7. PRÊMIOS**
 - 7.1 Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)

8. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO

- 8.1 Atualização sobre a reforma da OMS
- 8.2 Centros colaboradores da OPAS/OMS
- 8.3 Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final
- 8.4 Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final
- 8.5 Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco dental para as Américas: Relatório final
- 8.6 Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)
- 8.7 Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:
 - A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso
 - B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso
 - C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária
 - D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso
 - E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso
 - F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária
 - G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária
 - H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária
 - I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária
 - J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária
 - K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório de progresso
 - L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso
 - M. Situação dos Centros Pan-Americanos

8. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO *(cont.)*

- 8.8 Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:
 - A. Septuagésima Assembléia Mundial da Saúde Assembleia Mundial da Saúd
 - B. Quadragésimo Sétimo o Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - C. Organizações sub-regionais
- 8.9 Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração com Agentes Não Estatais (FENSA)
- 8.10 Projeto de documento de síntese sobre o 13º Programa Geral de Trabalho da OMS para 2019-2023

9. OUTROS ASSUNTOS

10. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos oficiais

<i>OD345</i> e Add. I	Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 (modificado 2017)
<i>OD353</i>	Relatório Financeiro do Diretor e Relatório do Auditor Externo correspondentes a 2016
<i>OD354</i> , Add. I e Add. II	Programa e Orçamento da OPAS 2018-2019
<i>OD355</i> e Corr.	Relatório Quinquenal 2013-2017 do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
<i>PCT642</i> e Add. I	Saúde nas Américas

Documentos de trabalho

CSP29/1, Rev. 2	Adoção da Agenda
CSP29/2	Relatório Anual do Presidente do Comitê Executivo
CSP29/3	Eleição do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana e Proposta de Nomeação do Diretor Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas
CSP29/4	Eleição de Três Estados Membros para Integrar o Comitê Executivo ao expirar o Mandato dos Estados Unidos da América, Guatemala e Trinidad e Tobago
CSP29/5 e Add. I	Nova escala de contribuições fixas
CSP29/6, Rev. 3 e Add. I	Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030
CSP29/7, Rev. 1	Política sobre etnia e saúde
CSP29/8	Plano de ação para assegurar a sustentabilidade da eliminação do sarampo, rubéola e síndrome da rubéola congênita nas Américas 2018-2023

Documentos de trabalho (*cont.*)

CSP29/9	Plano de ação para o fortalecimento das estatísticas vitais 2017-2022
CSP29/10	Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde
CSP/29/11	Estratégia e plano de ação para fortalecer o controle do tabagismo na Região das Américas 2018-2022
CSP29/12 e Add. I	Relatório sobre a arrecadação das contribuições fixas
CSP29/13	Nomeação do Auditor Externo da OPAS para 2018-2021
CSP29/14	Eleição de dois Membros para Integrar o Comitê Assessor do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CSP29/15	Prêmio OPAS à Gestão e Liderança nos Serviços de Saúde (2017)

Documentos para informação

CSP29/INF/1	Atualização sobre a reforma da OMS
CSP29/INF/2	Centros colaboradores da OPAS/OMS
CSP29/INF/3	Repercussão da violência na saúde das populações americanas: Relatório final
CSP29/INF/4	Estratégia e plano de ação regionais para prevenção e controle do câncer do colo uterino: Relatório final
CSP29/INF/5	Proposta de plano regional decenal sobre saúde buco dental para as Américas: Relatório final
CSP29/INF/6	Implantação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI)

Documentos para informação (cont.)

CSP29/INF/7

Relatórios de progresso sobre assuntos técnicos:

- A. Plano de ação sobre saúde em todas as políticas: Relatório de progresso
- B. Doença renal crônica em comunidades agrícolas da América Central: Relatório de progresso
- C. Plano de ação para o acesso universal ao sangue seguro: Revisão intermediária
- D. Combatendo as causas de disparidades no acesso e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans: Relatório de progresso
- E. A saúde e os direitos humanos: Relatório de progresso
- F. Plano de ação para imunização: Revisão intermediária
- G. Estratégia e plano de ação sobre a epilepsia: Revisão intermediária
- H. Plano de ação sobre saúde mental: Revisão intermediária
- I. Plano de ação sobre deficiências e reabilitação: Revisão intermediária
- J. Plano de ação para a coordenação da assistência humanitária: Revisão intermediária
- K. Cooperação para o desenvolvimento da saúde nas Américas: Relatório de progresso
- L. Revisão da taxa cobrada para as compras de provisões de saúde pública para os Estados Membros: Relatório de progresso
- M. Situação dos Centros Pan-Americanos

CSP29/INF/8

Resoluções e outras ações das organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:

- A. Septuagésima Assembléia Mundial da Saúde Assembleia Mundial da Saúde
- B. Quadragésimo Sétimo Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos
- C. Organizações sub-regionais

Documentos para informação (*cont.*)

CSP29/INF/9 Relatório sobre a implementação do Quadro de Colaboração
com Agentes Não Estatais (FENSA)

CSP29/INF/10 Projecto de Documento de Síntese sobre o 13º Programa Geral
de Trabalho da OMS para 2019-2023

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

President / Presidente:	Dr. Antonio C. Barrios Fernández (Paraguay)
Vice-President / Vicepresidente:	Hon. Ms. Volda Lawrence (Guyana)
Vice-President / Vicepresidente:	Dr. Miguel Mayo Di Bello (Panamá)
Rapporteur / Relator:	Ms. Lucero Hernandez (Canada)

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

ARGENTINA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Jorge Daniel Lemus
Ministro de Salud
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Rubén A. Nieto
Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Delegates – Delegados

Dra. Miguela Pico
Subsecretaria de Relaciones Institucionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Dra. María del Carmen Lucioni
Asesora del Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr. Valentín Aragüés y Oroz
Asesor del Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Dra. Daniela Rocío Lemus
Asesora Privada del Sr. Ministro
Ministerio de Salud
Buenos Aires

ARGENTINA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Sra. María Lorena Capra
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Argentina ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Dr. Duane Sands
Minister of Health
Ministry of Health of the Commonwealth of the Bahamas
Nassau

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Merceline Dahl-Regis
Consultant
Ministry of Health
Nassau

Delegates – Delegados

Dr. Phillip Swann
Registrar
Ministry of Health
Nassau

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BARBADOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Ms. Gabrielle Springer
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Dr. Alafia Samuels
Director, George Alleyne Chronic Disease
and Research Centre
University of West Indies
St. Michael

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Mr. Jovan Bernard Reid
Second Secretary, Alternate Representative
of Barbados to the Organization of
American States
Washington, D.C.

BELIZE/BELICE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Pablo Saul Marin
Minister of Health
Ministry of Health
Belmopan City

BELIZE/BELICE (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

His Excellency Francisco D. Gutierrez
Ambassador, Permanent Representative
of Belize to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr. Marvin Manzanero
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Álvaro Terrazas Peláez
Viceministro de Salud y Promoción
Ministerio de Salud
La Paz

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Dante Ergueta Jiménez
Director General de Seguros de Salud
Ministerio de Salud
La Paz

Dr. Miguel Jorge Seoane Gómez
Profesional Técnico
Ministerio de Salud
La Paz

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Tania Paz González
Primera Secretaria, Representante Alternativa de Bolivia ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Sr. Ricardo Barros
Ministro de Estado da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dr. Nísia Trindade Lima
Presidente, Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Sr. Paulo Buss
Director do Centro de Relações Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Secretário-Executivo do Ministério da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Conselheiro Fabio Rocha Frederico
Assessor Especial do Ministro da Saúde
Para Assuntos Internacionais
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Alexandre Fonseca
Director de Programas da Secretaria Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

Sr. Luiz Augusto Galvão
Assessor para organismos multilaterais
Centro de Relações Internacionais em Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

Sr. Carlos Fernando Gallinal Cuenca
Conselheiro, Representante Alternativo do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Rodrigo de Carvalho Dias Papa
Segundo Secretário, Representante Alternativo do Brasil junto à Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ginette Petitpas Taylor
Minister of Health
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Simon Kennedy
Deputy Minister of Health
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Dr. Theresa Tam
Chief Public Health Officer
Public Health of Canada
Ottawa

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Ms. Genevieve Hinse
Chief of Staff, Minister's Office
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

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

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Christine Harmston
Acting Director
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

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

Ms. Monica Palak
Senior Policy Analyst
Multilateral Relations Division
Office of International Affairs for the
Health Portfolio
Health Canada
Ottawa

Mr. Sebastien Sigouin
Counselor, Alternate Representative of
Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

Dr. Horacio Arruda
Directeur national de santé publique et
sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CANADA/CANADÁ (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores (cont.)

Ms. Geneviève Poirier
Conseillère en coopération internationale
Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services
Sociaux du Québec
Québec

Mr. Frédéric Tremblay
Directeur
Bureau du Québec
Washington, D.C.

Ms. Nicola Toffelmire
Youth Delegate
Simon Fraser University
Ottawa

CHILE

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Carmen Castillo Taucher
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

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

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

CHILE (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Carolina Horta
Segunda Secretaria, Representante Altern
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Luis Fernando Correa Serna
Viceministro de Salud Pública y Prestación
de Servicios
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

Delegates – Delegados

Sra. Carmen Inés Vásquez Camacho
Ministra Plenipotenciaria, Representante
Altern de Colombia ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Sra. Carolina Schlesinger Faccini
Segunda Secretaria, Representante Altern
de Colombia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

COSTA RICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Karen Mayorga Quirós
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
San José

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Sra. Linyi Baidal Sequeira
Ministra Consejera, Representante Alternativa de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Sr. Antonio Alarcón
Ministro Consejero, Representante Alternativo de Costa Rica ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Sr. José R. Cabañas Rodríguez
Embajador Extraordinario y Plenipotenciario de la República de Cuba ante los Estados Unidos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dra. Evelyn Martínez Cruz
Jefa del Departamento de Organismos Internacionales
Dirección de Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

Sr. Luis Javier Baro Báez
Primer Secretario
Embajada de Cuba ante la Organización de las Naciones Unidas
Ginebra, Suiza

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sr. Alfonso Casanova Valdés
Segundo Secretario
Embajada de Cuba
Washington, D.C.

DOMINICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Her Excellency Loreen Bannis Roberts
Ambassador, Permanent Representative of the Commonwealth of Dominica to the United Nations
New York

Alternates and Advisers - Suplentes y Asesores

Ms. Judith-Anne Rolle
First Secretary, Alternative Representative of Dominica to the Organization of American States
Washington, D.C.

DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA DOMINICANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Gedeón Santos
Embajador, Representante Permanente de
la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Licda. Dania Guzmán
Directora de Planificación Institucional
Ministerio de Salud Pública
Santo Domingo

Sr. Flavio Holguín
Ministro Consejero, Representante Alterno
de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers - Suplentes y
Asesores

Sr. Pedro Zaiter
Encargado de Negocios, a.i., Representante
Alterno de la República Dominicana ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

ECUADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. María Verónica Espinosa Serrano
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

ECUADOR (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mag. Cristina Luna Ribadeneira
Asesora Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Sr. Soc. Peter N. Skerrett Guanoluisa
Analista de Cooperación y Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excmo. Carlos Calles Castillo
Embajador, Representante Permanente de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

EL SALVADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

GRENADA/GRANADA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Nickolas Steele
Minister of Health and Social Security
Ministry of Health and Social Security
St. George's

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

His Excellency Dr. E. Angus Friday
Ambassador, Permanent Representative
of Grenada to the Organization of the
American States
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

GUATEMALA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos E. Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

Excmo. Gabriel E. Aguilera Peralta
Embajador, Representante Permanente de
Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUATEMALA (cont.)

Delegates – Delegados

Sra. Libna E. Bonilla Alarcón
Ministra Consejera, Representante Alternativa
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Sr. Mauricio R. Benard Estrada
Tercer Secretario, Representante Alternativo
de Guatemala ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

GUYANA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Ms. Volda Lawrence
Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Georgetown

Alternate Head of Delegation – Jefe Alternativo de
Delegación

Dr. Karen Gordon-Boyle
Deputy Chief Medical Officer
Ministry of Public Health
Georgetown

Delegates – Delegados

Mr. Jason Fields
First Secretary, Alternate Representative
of Guyana to the Organization of
American States
Washington, D.C.

HAITI/HAÏTÍ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Marie Greta Roy Clément
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

HAITI/HAÏTÍ (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Ambassadeur Léon Charles
Représentant Permanent, a.i.
Mission Permanente de la République
d'Haïti auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

Dr Dernst Eddy Jean Baptiste
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Dr Johnny Calonges
Directeur de l'Unité de Contractualisation
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Dr Pavel Desrosiers
Conseiller Technique à la Direction Générale
Ministère de la Santé Publique et de la
Population
Port-au-Prince

Madame Claudine Lebrun Veillard
Première Secrétaire
Mission Permanente de la République
d'Haïti auprès de l'OEA
Washington, D.C.

HONDURAS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dra. Delia Rivas Lobo
Secretaria de Estado en el Despacho
de Salud
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

Dra. Janethe Aguilar Montano
Directora de la Unidad de Planeamiento
y Evaluación de la Gestión
Secretaría de Salud
Tegucigalpa

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

JAMAICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Christopher Tufton
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Her Excellency Audrey Marks
Ambassador, Permanent Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

JAMAICA (cont.)

Delegates – Delegados

Mrs. Sancia Bennett Templer
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

Dr. Winston De La Haye
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

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

Ms. Denese McFarlane
Health Specialist
Planning Institute of Jamaica
Kingston

Mrs. Marsha Coore-Lobban
Deputy Chief of Mission
Embassy of Jamaica
Washington, D.C.

Mr. Deon Williams
Minister, Alternate Representative of
Jamaica to the Organization of American
States
Washington, D.C.

MEXICO/MÉXICO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

Dra. Gudelia Rangel
Comisión de Salud Fronteriza México-
Estados Unidos
México, D.F.

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

NICARAGUA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Carlos José Sáenz Torres
Secretario General
Ministerio de Salud
Managua

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

PANAMA/PANAMÁ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dra. Itza Barahona de Mosca
Directora General de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Dra. Reina Gisela Roa
Directora Nacional de Planificación
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Dr. Julio García Vallarín
Subdirector General de la Caja
del Seguro Social
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

PARAGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

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

PARAGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

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

Dra. Águeda Cabello
Directora General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Lic. Rubén Darío Barrios Velásquez
Director Financiero
Dirección General de Administración
y Finanzas
Asunción

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

PERU/PERÚ

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Excma. Ana Rosa Valdivieso Santa María
Embajadora, Representante Permanente de
Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Lic. Rocío Cathia Casildo Canedo
Directora General de Cooperación Técnica
Ministerio de Salud
Lima

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegado

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

Sr. José Marcos Rodríguez
Consejero, Representante Alterno
de Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Senator Honourable Mary Issac
Minister for Health and Wellness
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Dr. Merlene Fredericks
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Wellness
Waterfront, Castries

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Hazel Oreta Laws
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Basseterre

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Her Excellency Dr. Thelma Phillip-Browne
Ambassador
Embassy of St. Kitts & Nevis
Washington, D.C.

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Robert T.L.V Browne
Minister of Health, Wellness and the
Environment
Ministry of Health, Wellness and the
Environment
Kingstown

SURINAME

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Hon. Patrick V. Pengel
Minister of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Edith J. Tilon
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

Mrs. Ludmilla H. Williams
UN Focal Point
Ministry of Health

Mrs. Jhanjan A. Roshnie
CARICOM Focal Point
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y
TABAGO**

Head of Delegation – Jefe de Delegación

His Excellency Brigadier General
(Ret'd.) Anthony W. J. Phillips-Spencer
Ambassador, Permanent Representative
of the Republic of Trinidad and Tobago to
the Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

TRINIDAD AND TOBAGO/TRINIDAD Y TABAGO (cont.)

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Dr. Karen Sealey
Executive Technical Advisor
Ministry of Health
Port-of-Spain

UNITED STATES OF AMERICA/ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Dr. Tom Price
Secretary of Health and Human Services
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Ms. Tracy Carson
Health Attaché
U.S. Mission of the United Nations and
Other International Organizations
Department of State
Geneva

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

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

Mr. Keagan Lenihan
Senior Counselor
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Maggie Wynne
Counselor to the Secretary
Immediate Office of the Secretary
Director, Multilateral Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Ann Danelski
Global Health Officer
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Adriana Gonzalez
Office of Management, Policy, and
Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Ms. Jenifer Healy
Chief of Staff
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

Ms. Gabrielle Lamourelle
Deputy Director, Multilateral Relations
Office of Global Affairs
Department of Health and Human Services
Washington, D.C.

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

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

Ms. Tammy Pomerleau
Management Analyst
Office of Management, Policy, and Resources
Bureau of International Organization Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

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

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

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores (cont.)

Mr. John Stowell
Health Advisor
Office of Economic and Development Assistance
U.S. Department of State
Washington, D.C.

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

URUGUAY

Head of Delegation – Jefe de Delegación

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

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS *(cont.)*

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

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Maiqui Micheli Flores Meneses
Viceministro de Salud Integral
Poder Popular para la Salud
Caracas

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Excma. Sra. Carmen Velásquez de Visbal
Embajadora, Encargada de Negocios, a.i.
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

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

Delegates – Delegados *(cont.)*

Sra. Sara Lambertini
Primera Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
Ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates and Advisers – Suplentes y Asesores

Sra. Gabriela Torrealba
Personal de Apoyo
Misión Permanente de la República
Bolivariana de Venezuela ante la
Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

Sra. Rocío Figueroa García
Segunda Secretaria, Representante Alternata
de la República Bolivariana de Venezuela
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES

FRANCE/FRANCIA

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mr. Michel Pinard
Ambassador, Permanent Representative of
France to the Organization of American
States
Washington, D.C.

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mr. Pierre Pedico
Alternate Observer of France to the
Organization of American States
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA *(cont.)*

Delegates - Delegados

Mrs. Ondine Tavernier
Policy Officer
French Mission to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mrs. Céline Jaeggy
Counselor in social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

PARTICIPATING STATES/ESTADOS PARTICIPANTES (cont.)

FRANCE/FRANCIA (cont.)

Alternates and Advisers – Suplentes y
Asesores

Mr. Michael Garnier-Lavalley
Counselor in social affairs
Embassy of France
Washington, D.C.

NETHERLANDS/PAÍSES BAJOS

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Dr. Regine Aalders
Counselor
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Ms. Eline Huisman
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

Delegates - Delegados

Mr. Roland A. Driece
Deputy Director
International Affairs
Ministry of Health, Welfare and Sport
Embassy of the Kingdom of the Netherlands
Washington

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Mrs. Alison Raw
Lead for Overseas Territories and Devolved
Administrators
Department of Health
United Kingdom

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de
Delegación

Mrs. Catherine Houlsby
Lead, of Global Health and International
Business
Department of Health
United Kingdom

Delegates - Delegados

Mrs. Nueteki Akuetteh
Senior Policy Adviser
Global and Economic Policy Group
British Embassy
Washington D.C.

ASSOCIATE MEMBERS/MIEMBROS ASOCIADOS

ARUBA

CURAÇAO

Head of Delegation – Jefe de Delegación

Honorable Suzanne Camellia-Römer
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

Alternate Head of Delegation – Jefe Alterno de Delegación

Mrs. Aimée Fransisco-Kleinmoedig
Chief of Staff
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

CURAÇAO (cont.)

Delegates - Delegados

Mrs. Jeanine Constansia-Kook
Policy Director
Ministry of Health and the Environment
Willemstad

PUERTO RICO

SINT MAARTEN/SAN MARTÍN

OBSERVER STATES/ESTADOS OBSERVADORES

PORTUGAL

Ms. Mariana Faisca
Counselor to the Deputy Chief of Mission
Embassy of Portugal
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA

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

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

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

Sr. D. Ignacio Lázaro
Colaborador
Misión Observadora Permanente de España ante la Organización de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Dr. Rubén A. Nieto
Secretario de Relaciones Nacionales e Internacionales
Ministerio de Salud de la Nación
Buenos Aires

Dr. Karen Sealey
Executive Technical Advisor
Ministry of Health
Port-of-Spain

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Health Services
Management and Leadership 2017/
Premio OPS a la Gestión y al Liderazgo en
los Servicios de Salud 2017**

Dra. Stella Bolaños Varela
Costa Rica

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

Dr. Douglas Slater
Dr. Rudolph Cummings

**Caribbean Public Health Agency/
Agencia de Salud Pública del Caribe**

Dr. James Hospedales
Dr. Virginia Asin-Oostburg

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

Sra. Inés Bustillo
Sra. Helvia Velloso

**United Nations Environment Programme/
Programa de las Naciones Unidas para el
Medio Ambiente**

Ms. Laura Fuller

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

**Amazon Cooperation Treaty
Organization/Organización del Tratado de
Cooperación Amazónica**

Dr. Luis Francisco Sanchez Otero

**Council of Health Ministers of Central
America and the Dominican Republic/
Consejo de Ministros de Salud de
Centroamérica y República Dominicana**

Dr. Alejandro Solís Martínez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

Dra. Nila Heredia Miranda
Dr. Jorge Jemio
Sra. Gloria Lagos

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

Sr. Horrys Friaça

**Institute of Nutrition of Central America and
Panama/Instituto de Nutrición de Centro
América y Panamá**

Sra. Carolina Siu Bermúdez
Dra. Ana Victoria Román

**Japan International Cooperation
Agency/Agencia de Cooperación
Internacional del Japón**

Mr. Yosuke Kobayashi

**REPRESENTATIVES OF INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS/
REPRESENTANTES DE ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES (cont.)**

**Organization of Eastern Caribbean States/
Organización de Estados del Caribe
Oriental**

Dr. Carlene Radix

**Proyecto de Integración y Desarrollo de
Mesoamérica/ Mesoamerica Integration and
Development Project**

Dra. Lidia Fromm Cea

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

Sr. Mauricio Rands

**South American Institute of Government in
Health/Instituto Suramericano de Gobierno
en Salud**

Dra. Carina Vance Mafla

**REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH
PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES
OFICIALES CON LA OPS**

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

Mrs. Lily Waterston

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

Sr. Luis Villalba
Sr. Juan Carlos Trujillo de Hart
Mr. Herlys Gianelli
Mr. Antonio Arce
Mr. Carl Meacham
Mr. Ariosto Matus Pérez

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

Ms. Vina HuLamm

**Inter-American Heart Foundation/
Fundación Interamericana del Corazón**

Dr. Beatriz Champagne

**Latin American Society of Nephrology and
Hypertension/Sociedad Latinoamericana de
Nefrología e Hipertensión**

Dr. Alberto Alles
Dr. Alfonso Cueto-Manzano

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

Sra. Pilar Tello Espinoza

Mundo Sano

Ms. Amber Cashwell

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

Dr. Rubén Abete

REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH PAHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OPS (cont.)

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

Ms. Marcela Gaitán

Sabin Vaccine Institute /Instituto de Vacunas Sabin

Mr. Brian Davis
Ms. Ana Carvalho
Ms. Tara Hayward
Ms. Carly Gasca
Ms. Sarah Kester
Ms. Cathy Smith
Ms. Chidi Obasi
Ms. Dana Silver

REPRESENTATIVES OF NON-STATES ACTORS IN OFFICIAL RELATIONS WITH WHO / REPRESENTANTES DE ACTORES NO ESTATALES EN RELACIONES OFICIALES CON LA OMS

American Heart Association/Asociación Americana del Corazón

Ms. Diana Vaca McGhie

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

Mr. Frank Rodríguez Yépez
Mr. Iván Canaval Díaz
Ms. Marian Antonieta Flores Salinas
Ms. Michelle Houde
Mr. Juan Camilo Londoño
Mr. Andres Quinteros Leyra

**Bill and Melinda Gates Foundation/
Fundación Bill y Melinda Gates**

Ms. Sandra Fried

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

Mr. Laurent Huber
Ms. Patricia Sosa

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

Ms. Shira Kilcoyne
Ms. Kathleen Laya
Ms. Alejandra Martínez

Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria/ Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria

Ms. Annelise Hirschmann
Ms. Lilian Pedrosa

Knowledge Ecology International

Ms. Claire Cassidy
Mr. Andrew Goldman

Union for International Cancer Control

Mr. Paul Holmes

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Sir Amyas Morse
Comptroller and Auditor General of the
United Kingdom
National Audit Office
London

Mr. Simon Irwin
Audit Manager
National Audit Office
London

Mr. Ahn H-Young
Ambassador
Embassy of the Republic of Korea

Mr. Minsoo Park
Minister-Counselor for Health & Welfare
Embassy of the Republic of Korea

Sra. Samuel Samuel
Coordinadora Nacional de Organizaciones
negras panameñas (CONEGPA)
Panamá

Sra. Dali Ángel
Coordinadora de la Unidad de Juventud
Indígena del Fondo para el Desarrollo de
los Pueblos Indígenas de América Latina y
el Caribe (FILAC)
México

Sra. Ariadyne Acunha
Asociación Internacional Mayle Sara Kali
Brasil

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

Dr. Tedros Ghebreyesus
Director-General

Dr. Senait Fisseha
Senior Advisor to the Director General

Dr. Peter Salama
Executive Director, HEO

Dr. Carmen Dolea
Technical Officer, IHR Global Functions

Mr. Nicholas Jeffreys
Comptroller and Director, FNM

Mr. Werner Obermeyer
Deputy Executive Director
United Nations Office
New York

Ms. Jessica Clark
Meetings and Events Coordinator
United Nations Office
New York

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

**Director and Secretary ex officio of the
Conference/Directora y Secretaria ex officio
de la Conferencia**

Dr. Carissa F. Etienne

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

Dr. Isabella Danel
Deputy Director
Directora Adjunta

Dr. Francisco Becerra Posada
Assistant Director
Subdirector

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

Mr. Gerald Anderson
Director of Administration
Director de Administración

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

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

- - -