



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



49º CONSELHO DIRETOR

61ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009

CD49/FR (Port.)
2 de outubro de 2009
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO FINAL

ÍNDICE

Página

Abertura da sessão	6
Assuntos relativos ao Regulamento	
Nomeação da Comissão de Credenciais	6
Eleição do Presidente, de dois Vice-Presidentes e do Relator	6
Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS	7
Adoção da agenda	7
Estabelecimento da Comissão Geral	7
Assuntos relativos à Constituição	
Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo	7
Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana	8
Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago, e Uruguai	10
Assuntos relativos à política de programas	
Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011	10
Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (Rascunho)	14
Nova escala de cotas	15
Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável	16
Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza	18
Política de pesquisa para a saúde	21
Estratégia e plano de ação para saúde mental	22
Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem	24
Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero	26
Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos	28
Saúde e turismo	30
Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde	32
Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	35
Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)	36
Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual	37

ÍNDICE (cont.)

Página

Assuntos relativos à política de programas (cont.)

Saúde familiar e comunitária	39
Fundo Rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde para a Compra de Vacinas	41
Mesa redonda sobre hospitais seguros	44
Debate-painel sobre a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e pelo Desenvolvimento para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio	46

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação de cotas	47
Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008	48
Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras	49
Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria	51
Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana	51

Seleção de Estados Membros para fazer parte de conselhos ou comitês

Seleção de um Estado Membro da região das Américas facultado a designar uma pessoa para participar da Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais do UNICEF/ PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), devido ao término do mandato do Brasil ...	52
Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito de designar um representante no Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS, devido ao término dos mandatos da Argentina e do México	52
Eleição de cinco membros não permanentes do Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	52

Prêmios

Prêmio OPAS em Administração 2009	53
Prêmio Abraham Horwitz para Liderança em Saúde Interamericana de 2009	53
Reconhecimento dos Campões de Saúde da OPAS	54
Criação do Prêmio Sérgio Arouca para Excelência em Saúde Pública	54

ÍNDICE (cont.)

	<i>Página</i>
Assuntos de informação geral	
Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão	54
Relatório sobre os progressos realizados em termos de assuntos técnicos: Regulamento Sanitário Internacional (<i>inclui o Relatório sobre a Pandemia (H1N1) 2009</i>).....	57
Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS.....	62
Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros	64
Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)	64
Fundo Mestre de Investimento de Capital	64
Encerramento da sessão	65
Resoluções e decisões	65
<i>Resoluções</i>	
CD49.R1 Modificações do Regulamento Financeiro	65
CD49.R2 Estabelecimento do Comitê de Auditoria da OPAS	77
CD49.R3 Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado	83
CD49.R4 Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos de Estados Unidos, Trinidad e Tobago e Uruguai	83
CD49.R5 Estabelecimento de uma nova estrutura institucional para o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	84
CD49.R6 Eleição de cinco membros não permanentes ao Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)	94
CD49.R7 Nova escala de cotas para o período orçamentário de 2010-2011	95
CD49.R8 Programa e Orçamento da OPAS para 010-2011	97
CD49.R9 Contribuições atribuídas aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2010-2011	100
CD49.R10 Política de pesquisa para a saúde	103
CD49.R11 Plano de ação para prevenção da cegueira e deficiências visuais evitáveis	107

ÍNDICE (cont.)

Página

Resoluções (cont.)

CD49.R12	Plano de ação para a aplicação da Política de Igualdade de Gênero	109
CD49.R13	Saúde familiar e comunitária	111
CD49.R14	Plano de ação para saúde do adolescente e do jovem	113
CD49.R15	Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável	117
CD49.R16	Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)	120
CD49.R17	Estratégia e plano de ação para saúde mental	142
CD49.R18	Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos	144
CD49.R19	Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza	147
CD49.R20	Saúde e turismo	159
CD49.R21	Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana	161
CD49.R22	Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde	162

Decisões

CD49(D1)	Designação da Comissão de Credenciais	165
CD49(D2)	Eleição da mesa diretora	165
CD49(D3)	Aprovação da agenda	165
CD49(D4)	Formação da Comissão Geral	165
CD49(D5)	Seleção de um Estado Membro da região das Américas com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) ao término do mandato do Brasil	166
CD49(D6)	Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito a indicar um representante para o Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS ao término dos mandatos da Argentina e México	166

Anexos

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

RELATÓRIO FINAL

Abertura da sessão

1. O 49º Conselho Diretor, 61ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas, foi realizado na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 28 de setembro a 2 de outubro de 2009. A agenda e a lista dos participantes figuram como anexos A e C, respectivamente.

2. O dr. José Gomes Temporão (Brasil, presidente em fim de mandato) abriu a sessão e deu boas-vindas aos participantes. Comentários de abertura foram feitos pela dra. Mirta Roses (Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana), sr. Héctor Salazar Sánchez (Banco Interamericano de Desenvolvimento), sr. Albert Ramdin (Secretário-Geral Adjunto da Organização dos Estados Americanos), dra. Margaret Chan (Diretora Geral, Organização Mundial da Saúde) e sra. Kathleen Sebelius (Secretária do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, país anfitrião). O texto destes comentários (Documentos CD49/DIV/1-6) pode ser encontrado no website do 49º Conselho Diretor:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=pt.

Assuntos relativos ao Regulamento

Nomeação da Comissão de Credenciais

3. Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Belize, Brasil e Costa Rica como membros da Comissão de Credenciais (Decisão CD49[D1]).

Eleição do Presidente, de dois Vice-presidentes e do Relator

4. Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno, o Conselho elegeu os seguintes representantes (Decisão CD49[D2]):

<i>Presidente:</i>	Paraguai	(dra. Esperanza Martínez)
<i>Vice-Presidente:</i>	Dominica	(sr. John Fabien)
<i>Vice-Presidente:</i>	Nicarágua	(dr. Guillermo González)
<i>Relator:</i>	República Dominicana	(dr. Bautista Rojas Gómez)

5. A Diretora atuou como secretária *ex officio* e o dr. Juan Manuel Sotelo (Gerente, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como secretário técnico.

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

6. A Presidente anunciou que não seria necessário estabelecer um grupo de trabalho para estudar a aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS visto que nenhum país membro estava atualmente sujeito às restrições de votação dispostas neste artigo.

Adoção da agenda (Documento CD49/1, Rev. 1)

7. O Conselho aprovou a agenda provisória contida no Documento CD49/1, Rev. 1, sem alteração (Decisão CD49[D3]). O Conselho também aprovou um programa de reuniões (Documento CD49/WP/1, rev.1).

Estabelecimento da Comissão Geral

8. Em conformidade com o Artigo 32 do Regulamento Interno, o Conselho nomeou Canadá, Cuba e Estados Unidos como membros da Comissão Geral (Decisão CD49[D4]).

Assuntos relativos à Constituição

Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo (Documento CD49/2)

9. A dra. María Julia Muñoz (Uruguai, presidente do Comitê Executivo) informou sobre as atividades realizadas pelo Comitê Executivo e seu Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração entre setembro de 2008 e setembro de 2009, destacando os temas que foram debatidos pelo Comitê mas não encaminhados para consideração pelo 49º Conselho Diretor e observou que ela informaria sobre outros temas à medida que forem tratados pelo Conselho. Os temas que não foram encaminhados incluíam organizações não governamentais que mantêm relações oficiais com a OPAS, o Relatório Anual do Escritório de Ética, um relatório sobre projetos usando a receita do orçamento para programas que excedia o orçamento ordinário de trabalho efetivamente autorizado, emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA), uma declaração de um representante da Associação de Pessoal de RSPA, o projeto de Orçamento para Programas da OMS 2010–2011 e o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008–2013 emendado. Detalhes das discussões e as medidas tomadas para estes assuntos podem ser encontrados no relatório final da 144ª Sessão (Documento CE144/FR).

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

Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (Documento CD49/3, Rev. 1)

11. Depois da projeção de um vídeo que apresentou um resumo das iniciativas de saúde realizadas em diversos países da Região no ano anterior, a Diretora apresentou seu Relatório Anual, sendo que seu tema era “Avançando em direção à saúde para todos: progresso em atenção primária à saúde nas Américas”. Ela destacou algumas das maneiras como a OPAS apoiava os esforços dos Estados Membros para fortalecer os seus sistemas de saúde, melhorar os resultados de saúde e reduzir as desigualdades de saúde através da execução dos enfoques de atenção primária à saúde (APS). Ela recordou que, em 2003, no 25º aniversário da Declaração de Alma-Ata sobre a Atenção Primária à Saúde, os Estados Membros haviam pedido a renovação da estratégia de atenção primária à saúde. Desde então, a OPAS estava promovendo a atenção primária à saúde como o melhor meio de atingir a meta de saúde para todos.

12. O relatório continha diversos exemplos de países da Região que demonstravam que os sistemas de saúde baseados em APS eram de fato eficazes ao melhorar a cobertura, a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde. Também dava exemplos de como a OPAS havia colaborado com os Estados Membros ao estabelecer tais sistemas através da cooperação técnica em quatro áreas principais: ampliação do acesso à assistência de saúde, criação de serviços de saúde centrados nas pessoas, promoção de política pública para a saúde e fortalecimento da liderança de saúde. A Organização também havia promovido e prestado cooperação técnica para a inclusão de enfoques de atenção primária à saúde nas agendas de saúde dos diversos grupos sub-regionais de integração (a Comunidade do Caribe, Mercosul e outros) e nos esforços do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária e outras iniciativas globais para fortalecer os sistemas de saúde.

13. O último capítulo do relatório destacava os desafios que ainda precisavam ser superados para dar acesso à assistência de saúde a 125 milhões de pessoas na Região que atualmente não tinham acesso e a fim de conseguir proporcionar saúde para todos – desafios que haviam sido multiplicados pela atual crise financeira e o aumento dos preços dos alimentos e combustível. Diante destes desafios, a OPAS continuaria defendendo a atenção primária à saúde e promovendo o investimento sustentado em saúde como uma medida anticíclica que ajudaria a reduzir os impactos da crise e proteger as conquistas anteriores em saúde.

14. O Conselho Diretor elogiou o relatório e felicitou a Diretora pelas conquistas do ano anterior. Para assegurar que a OPAS poderia continuar desempenhando seu papel-

chave como a principal instituição de saúde na Região, a Organização foi incentivada a continuar os seus esforços para melhorar a eficiência e a eficácia das suas atividades e a fortalecer a responsabilidade e gestão baseada em resultados. Vários delegados expressaram agradecimento pela liderança e apoio técnico da OPAS na resposta regional à pandemia da influenza A (H1N1). Os delegados também expressaram firme apoio à estratégia de atenção primária à saúde e salientaram a importância de garantir o acesso universal e equitativo à assistência de saúde. Assinalou-se que embora tenham sido feitos avanços nesse sentido, ainda havia considerável desigualdade no acesso aos serviços de saúde e no estado de saúde. Os delegados ressaltaram a importância de disponibilizar o uso mais eficaz dos recursos, particularmente no atual clima econômico, e assinalaram que a crise financeira, junto com a pandemia de H1N1, haviam agravado a situação das populações pobres e vulneráveis da Região e aumentado a demanda por serviços públicos de saúde.

15. A importância das redes integradas de prestação de serviços de saúde para ampliar o acesso a serviços foi enfatizada e o trabalho da OPAS nesta área foi elogiado, assim como o seu apoio ao treinamento de pessoal da área de saúde nos Estados Membros. Vários delegados expuseram os esforços de seus países para alcançar cobertura universal e assegurar assistência de saúde para grupos vulneráveis como mães, crianças e povos indígenas.

16. Os delegados enfatizaram a importância da ação intersetorial, abarcando tanto o setor público como o privado, e da participação comunitária para abordar os fatores sociais e ambientais que determinavam ou afetavam a saúde. Assinalou-se que o envolvimento dos pacientes como participantes ativos na promoção da saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis exigiam uma mudança profunda no paradigma de assistência de saúde. Os delegados também ressaltaram a importância da colaboração sub-regional e regional para vencer desafios comuns e atingir as metas compartilhadas. O Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas foi citado como um exemplo de um mecanismo regional eficaz para garantir o acesso à vacina necessária para controlar a atual pandemia de influenza.

17. A importância de aprender com as experiências do passado e de compartilhar as experiências e lições aprendidas foi destacada. A este respeito, o delegado de Cuba anunciou que o seu governo patrocinaria um seminário sobre atenção primária à saúde de 23 a 25 de novembro de 2009 e convidou os representantes de todos os Estados Membros a participar.

18. A Diretora disse que os avanços descritos no seu relatório refletiam o trabalho de centenas de milhares de profissionais da saúde, encarregados dos ministérios da Saúde, voluntários e pessoal da OPAS e da OMS, a todos os quais ela expressava sua gratidão.

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

Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago, e Uruguai (Documento CD49/4)

20. O Conselho elegeu Colômbia, São Vicente e Granadinas e Venezuela para o Comitê Executivo, em substituição a Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai, cujos mandatos no Comitê haviam terminado.

21. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R4, declarando Colômbia, São Vicente e Granadinas e Venezuela eleitos para integrar os membros do Comitê Executivo por um período de três anos e agradeceu a Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai pelos seus serviços.

22. Os representantes da Colômbia, São Vicente e Granadinas e Venezuela agradeceram ao Conselho por eleger seus países para participar do Comitê Executivo e afirmaram o compromisso de seus governos com o trabalho para vencer os desafios da saúde na Região.

Assuntos relativos à política de programas

Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011 (*Documento Oficial 333, Addendum I e Documento CD49/5, Rev. 1*)

23. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia examinado uma versão anterior do *Documento Oficial 333*, que havia incorporado várias alterações e acréscimos solicitados pelo Subcomitê de Programa, Orçamento e Administração (ver detalhes no Documento SPBA3/FR). Três cenários orçamentários haviam sido propostos, somente um dos quais, o Cenário A, teria um aumento da parcela não relacionada a postos de trabalho do orçamento. O projeto orçamentário discutido pelo Comitê havia sido baseado no Cenário B, que requeria um aumento de 4,3% das contribuições estimadas. O aumento do orçamento total proposto, incluindo tanto o orçamento ordinário como a parcela financiada por outras fontes, teria sido de 2,9%.

24. O Comitê havia discutido o projeto orçamentário em várias ocasiões durante quatro dias e os delegados expressaram reiteradamente preocupação com o aumento proposto nas contribuições e assinalaram que os seus governos estavam enfrentando restrições econômicas graves, que haviam sido multiplicadas em alguns casos pela pandemia de influenza H1N1. O Comitê havia portanto pedido à Repartição para que formulasse um quarto cenário que abordaria estas questões. O Comitê posteriormente

considerou um Cenário D, que requeria um aumento de 3,5% das contribuições estimadas e um aumento de 2,9% do orçamento total, incluindo a parcela da OMS e receitas diversas. Depois que muita discussão e consulta dos delegados com as autoridades nos seus respectivos países, o Comitê Executivo havia decidido aceitar o Cenário D como base para o projeto de orçamento para programas e a escala proposta de contribuições a serem apresentados ao 49º Conselho Diretor.

25. No Cenário D, o componente de postos de trabalho do orçamento aumentaria em 6,3% e a parcela não relacionada a postos de trabalho diminuiria em 3,8%. Desagregado por nível organizacional, o Cenário D resultaria em uma diminuição de 21,86% nos fundos orçamentários ordinários não relacionados a postos de trabalho para o âmbito regional, um aumento de 11,69% para o âmbito sub-regional e um aumento de 3,38% para o nível nacional.

26. O dr. Isaías Daniel Gutiérrez (gerente, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA), expressando seu agradecimento aos Estados Membros por seus comentários ao projeto orçamentário durante e após a 144ª Sessão do Comitê Executivo, observou que o projeto era, pela primeira vez, apresentado em três segmentos: programas básicos da OPAS/OMS, resposta a surtos e crises e projetos internos financiados pelo governo. Ele também observou que o projeto incluía duas propostas de resolução, uma com respeito ao orçamento para programas propriamente dito e a outra estabelecendo as contribuições estimadas dos Estados Membros com base na nova escala de contribuições adotada pela Organização dos Estados Americanos para o biênio de 2010–2011.

27. Na discussão que se seguiu, os Estados Membros reconheceram o difícil trabalho requerido para a preparação do projeto orçamentário e expressaram gratidão pela receptividade da Repartição às considerações feitas pelos delegados durante a sessão de junho do Comitê Executivo. Os delegados elogiaram o grau de detalhamento e a transparência do projeto, mas recomendaram que os futuros documentos de orçamento deveriam incluir ainda mais detalhamento e dados comparativos mais sólidos para mostrar claramente as tendências e alterações nos programas e prioridades de um biênio ao outro. Os delegados receberam cordialmente os esforços para atingir maior contenção fiscal, porém, diante da atual crise financeira, eles também salientaram a necessidade da OPAS, como Estados Membros, de continuar exercendo disciplina e austeridade orçamentária, aumentar a eficiência e priorizar seus programas e atividades.

28. O delegado do México, observando o impacto econômico da influenza pandêmica (H1N1) no seu país, expressou preocupação com o aumento proposto nas contribuições dos Estados Membros e requereu aumento nominal zero no orçamento. As delegadas do Canadá e Estados Unidos disseram que seus governos continuavam a defender o aumento zeros nos orçamentos das organizações internacionais; a delegada do Canadá acrescentou, porém, que o seu governo estava satisfeito com a justificação do aumento

proposto fornecido no apêndice do *Documento Oficial 333* e apoiaria o consenso do Conselho quanto ao orçamento. Alguns delegados disseram que a posição de seus governos quanto ao aumento orçamentário dependeria da decisão do Conselho no que se referia à nova escala de cotas de contribuição (ver parágrafos 43 a 50 abaixo).

29. Vários delegados expressaram preocupação quanto à proliferação de iniciativas de saúde e mecanismos de financiamento e a fragmentação resultante da cooperação e o potencial enfraquecimento das instituições multilaterais como a OPAS. Enfatizou-se a necessidade de ação integrada entre todas as instituições trabalhando para melhorar a saúde pública na Região. Apoio foi expresso aos esforços da OPAS para aumentar o nível de contribuições voluntárias essenciais e foi solicitada informação sobre medidas específicas que estavam sendo tomadas para incentivar os doadores a contribuírem com financiamento mais flexível.

30. O dr. Gutiérrez observou que, apesar da gestão orçamentária prudente e reduções constantes do número de postos fixos nos 20 anos anteriores, a parcela de postos do orçamento da Organização havia continuado a crescer. Como resultado, a parcela não relacionada a postos de trabalho, que financiava as atividades de cooperação técnica da OPAS, havia diminuído. Como foi explicado no apêndice do *Documento Oficial 333*, no próximo biênio, o âmbito regional seria o mais afetado pela redução do orçamento não relacionado a postos de trabalho; sob Cenário C (aumento zero nas contribuições estimadas), por exemplo, a parcela regional encolheria 34%, o que reduziria obviamente a capacidade da Repartição de prestar cooperação técnica. A Repartição estava muito a par da situação difícil que muitos Estados Membros estavam enfrentando como resultado da crise global financeira e a pandemia de influenza, mas apelava ao Conselho que considerasse a aprovação do aumento orçamentário como recomendado pelo Comitê Executivo.

31. A Diretora afirmou que a Organização estava se esforçando continuamente para tornar seu trabalho mais eficiente e eficaz. Ela também observou que nenhum dos cenários de orçamento cobriria plenamente os aumentos de custos incorridos no biênio de 2008-2009. Na realidade, a OPAS havia absorvido os aumentos de custos por vários biênios. Isso, combinado com a desvalorização do dólar dos Estados Unidos nos últimos anos, havia tido um grande impacto sobre o orçamento e as operações da Organização.

32. Preocupações com a proliferação das iniciativas globais de saúde e mecanismos de financiamento e o potencial para a fragmentação também haviam sido expressas na OMS e outros fóruns. Havia atualmente cerca de 90 iniciativas e, embora fossem uma importante fonte de financiamento para atividades internacionais de cooperação de saúde, elas também poderiam representar um considerável ônus para os países em desenvolvimento os quais deveriam beneficiar, devido a diferenças em seus procedimentos e requisitos de apresentação de informes. Havia também preocupação com

a falta de representação e participação dos países em desenvolvimento nos órgãos de governança dos diversos novos mecanismos de financiamento. Ao mesmo tempo, os países desenvolvidos que contribuíam para tais mecanismos estavam expressando receios quanto ao bom uso que estava sendo feito dos recursos.

33. A Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda e o recém-formado grupo “H4” de quatro organismos intergovernamentais que atuava na área de saúde materna e do recém-nascido (OMS, Fundo de População das Nações Unidas, Fundo das Nações Unidas para a Infância e Banco Mundial) haviam respondido a estas questões ao fomentar melhor alinhamento e coordenação de recursos e atividades. No âmbito regional, a OPAS estava trabalhando para fortalecer a coordenação com os mecanismos da Aliança GAVI (ver os parágrafos 143 a 153 a seguir) e outros mecanismos de financiamento e continuaria a se esforçar para informar e apoiar os Estados Membros com o objetivo de assegurar que a cooperação para desenvolvimento recebida das diversas fontes atendesse às suas necessidades e prioridades e fosse o mais eficaz possível.

34. Com respeito às contribuições voluntárias, por algum tempo a OPAS havia incentivado os países e organismos doadores a darem financiamento para áreas amplas de programas, em vez de para projetos ou atividades específicas. Em particular, havia procurado tal financiamento para as áreas programáticas estabelecidas no Plano Estratégico de 2008-2012, principalmente aquelas orientadas para o fortalecimento dos serviços de saúde e o reforço da capacidade e liderança das autoridades sanitárias nacionais, e uma parcela crescente de contribuições voluntárias estava de fato sendo dada para o apoio de programas. A execução de gestão baseada em resultados, que permitia aos doadores ver como os recursos estavam sendo usados, havia sido importante para atrair tais contribuições.

35. Depois que chegar a um consenso sobre a implantação da nova escala de contribuição (ver parágrafo 47), o Conselho aprovou o projeto de orçamento para programas baseado em Cenário D, como recomendado pela 144ª Sessão do Comitê Executivo, destinando \$339.852.341¹ para o exercício financeiro 2010-2011 e aprovando um aumento nas contribuições dos Estados Membros de 3,5% em relação ao biênio 2008-2009.

36. O Conselho aprovou as Resoluções CD49.R8 e CD49.R9.

¹ A menos que indicado de outra maneira, todas as cifras monetárias neste relatório são expressas em dólares dos Estados Unidos.

Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (Rascunho) (Documento Oficial 328 e Documento CD49/6)

37. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado que o Plano Estratégico das OPAS 2008-2012 fora emendado de modo a manter uniformidade com o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008-2013 e para atualizar o documento, esclarecer alguns dos resultados esperados, e simplificar a medição dos indicadores. O Comitê havia recebido favoravelmente as revisões ao Plano Estratégico, elogiando em particular a simplificação dos indicadores e inclusão de novos indicadores em relação às Metas de Desenvolvimento do Milênio, maior ênfase ao apoio à pesquisa no âmbito nacional e inclusão de informação sobre as estratégias de cooperação dos países, que haviam sido considerados como sendo crucial para assegurar que a cooperação técnica da OPAS estivesse bem alinhada com as necessidades e prioridades dos Estados Membros.

38. O Comitê havia feito várias sugestões para aperfeiçoar ainda mais o Plano Estratégico, e várias delegações apresentaram observações detalhadas e sugestões de emendas por escrito. Havia sido solicitado esclarecimento quanto aos critérios para estabelecer metas e indicadores e sugerido que deveria ser acrescentado um anexo técnico ao Plano Estratégico, fornecendo explicações da metodologia usada para estabelecer os valores dos indicadores e os motivos para diferenças nos denominadores. Havia sido assinalado que dispor de informação específica sobre os países que constituíam o universo estatístico para um indicador particular poderia facilitar o planejamento da cooperação técnica entre os países. O Comitê havia aprovado a Resolução CE144.R10, recomendando, sujeito à incorporação das revisões propostas pelos Estados Membros, que o 49º Conselho Diretor aprovasse o Plano Estratégico 2008-2012 emendado.

39. O Conselho respaldou as emendas feitas ao Plano Estratégico 2008-2012 de modo alinhá-lo com o Plano Estratégico a Médio Prazo das OMS 2008-2013 e a atualizar o documento a fim de esclarecer os resultados esperados e simplificar sua medição. A importância do planejamento estratégico baseado no consenso foi enfatizada.

40. O dr. Isaías Daniel Gutiérrez (gerente, Planejamento, Orçamento e Coordenação de Recursos, RSPA) disse que o Plano Estratégico era um “documento vivo” e continuaria a ser ajustado de acordo com as necessidades a fim de assegurar que a OPAS estivesse plenamente alinhada com a OMS e que o Plano atendia às realidades do contexto de saúde nas Américas.

41. A Diretora observou que, ao consultar com os Estados Membros com respeito às emendas ao Plano Estratégico, havia sido usada amplamente tecnologia de informação e comunicação moderna, o que havia resultado em considerável economia de despesas com viagem e reunião.

42. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R3, aprovando o Plano Estratégico 2008-2012 emendado.

Nova escala de cotas (Documento CD49/7)

43. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia examinado a questão da nova escala de cotas de contribuição na sua 144ª sessão e que alguns membros haviam expressado preocupação com a perspectiva de um aumento das cotas para a OPAS no presente clima econômico e haviam sugerido que a aplicação da nova escala deveria ser prorrogada. Outros haviam manifestado que não seria apropriado prorrogar a implantação de uma escala que já havia sido adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA). Também havia sido assinalado que a 140ª Sessão do Comitê Executivo havia decidido em 2007 que a OPAS começaria a aplicar a escala no biênio de 2010-2011. Considerando isso, o Comitê havia decidido em última análise recomendar que o 49º Conselho Diretor aprovasse a nova escala de contribuições estimadas a ser aplicada ao orçamento para programas para o período orçamentário de 2010-2011.

44. Nas discussões que se seguiram, os delegados reiteraram a preocupação de seus Governos com o aumento das suas contribuições para a OPAS, que resultariam da aplicação da nova escala de contribuição. Eles observaram que as suas economias já estavam sofrendo com a atual situação de crise econômica e financeira e, em alguns casos, também haviam sofrido as repercussões da influenza H1N1 pandêmica. Além disso, algumas delegações indicaram que parte do procedimento da OEA para calcular as contribuições, isto é, que a contribuição de um país não deveria sofrer uma variação superior a 25% de um período ao outro, não estava sendo observado.

45. A Diretora assinalou que a adoção da escala da OEA era determinada pelo Código Sanitário Pan-Americano e havia sido discutida a fundo em reuniões anteriores dos Órgãos Diretivos. Porém, diante das preocupações manifestadas pelo Comitê Executivo, a Repartição havia realizado reuniões com diversas delegações desde junho e estava trabalhando para encontrar uma solução para lidar com estas questões.

46. O sr. Román Sotela (Assessor Sênior, Gestão de Programa e Orçamento, RSPA) explicou que a aparente distorção no procedimento da OEA para calcular as cotas de contribuição surgiu da decisão pelos Órgãos Diretivos da OPAS de não adotar uma escala transitória que a OEA havia adotado em 2007 e 2008, e sim esperar até que a escala final da OEA tivesse sido calculada para os anos 2009-2011. Era esta escala que era proposta para a adoção pela OPAS para o biênio 2010-2011.

47. Depois de mais debate, o sr. Sotela apresentou uma proposta conciliatória, recentemente preparada pelo Secretariado em consulta com algumas delegações,

encabeçada pelo México, sob a qual a escala transitória da OEA (2008) seria aplicada às contribuições para a OPAS para 2010, e a escala definitiva da OEA (2009-2011) seria aplicada de 2011 em diante.

48. Numerosas delegações falaram a favor desta solução. O delegado de Cuba assinalou que, por causa da sua posição anômala de ser um membro da OPAS mas não da OEA, a contribuição para a OPAS era maior do que deveria ser com base na sua classificação econômica na Região. Contudo, o seu governo estava disposto a fazer a contribuição, em um espírito de solidariedade com a Organização. O delegado do Chile disse que, embora a cota de seu país estava sofrendo um aumento de 99%, o Chile também, em um espírito de solidariedade, apoiaria a proposta.

49. A Diretora assinalou que não era prática habitual da Organização ter diferentes escalas de cotas nos dois anos de um biênio, e que a proposta conciliatória não deveria ser considerada como precedente aberto, mas que para a presente ocasião seria uma solução pragmática ao problema. A delegada dos Estados Unidos apoiou a opinião da Diretora.

50. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R7, aceitando a proposta conciliatória.

Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável (Documento CD49/8)

51. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia manifestado apoio ao projeto de plano de ação para Saúde do Idoso. Vários delegados haviam observado que o plano era compatível com suas políticas e prioridades nacionais em relação à saúde do idoso. O Comitê havia observado os vínculos entre a saúde do idoso e outras áreas, como doenças crônicas e saúde familiar e comunitária. Havia sido assinalado que o plano de ação deveria considerar os aspectos de gênero da saúde do idoso e como o processo de envelhecimento afetava homens e mulheres de maneira diferente. Os delegados haviam enfatizado a importância da pesquisa e difusão do conhecimento sobre a saúde do idoso. Havia sido sugerido que o projeto de resolução a este respeito deveria mencionar a recente resolução da Trigesima Nona Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos sobre os direitos humanos dos idosos e que deveria fazer referência à decisão da Quinta Cúpula das Américas de considerar a viabilidade de preparar uma convenção interamericana sobre os direitos dos idosos. O Comitê havia adotado a Resolução CE144.R13, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse o plano de ação.

52. O Conselho também expressou firme apoio ao projeto de plano de ação e vários delegados assinalaram que o plano estava em conformidade e era complementar às políticas de seus governos nesta área. As áreas estratégicas, os objetivos e as metas do

Plano também foram considerados bem elaborados, embora se assinalou que talvez tivessem de ser adaptados às situações específicas de cada país. Em termos gerais, porém, o plano de ação oferecia uma boa estrutura com a qual os Estados Membros poderiam trabalhar criativamente para abordar os problemas do envelhecimento.

53. A maioria dos delegados que falou descreveu as atividades sendo realizadas nos próprios países para promover a saúde do idoso, inclusive atenção e medicamentos gratuitos e de baixo custo, melhorias nas assistência domiciliar de enfermagem, sensibilização e treinamento de prestadores de cuidados a idosos, campanhas de vacinação para influenza, e outras iniciativas. Vários delegados, em particular os do Caribe, observaram que havia uma necessidade premente de políticas e ações apropriadas, pois o segmento da população de idosos estava crescendo. Alguns manifestaram apoio para a adoção de uma convenção internacional sobre os direitos dos idosos quer no contexto interamericano ou dentro do sistema das Nações Unidas. Os delegados também mencionaram a necessidade de promover o treinamento dos profissionais da saúde nos aspectos específicos da atenção geriátrica, inclusive atenção às necessidades de saúde mental dos idosos, assim como de informar os próprios idosos com respeito às suas necessidades especiais de saúde e o uso responsável de medicamentos. Sugeriu-se que programas regionais e sub-regionais de formação profissional deveriam ser criados para esta finalidade. O apoio a este treinamento e o fortalecimento dos serviços de atenção primária à saúde para idosos eram considerados papéis fundamentais da OPAS, assim como a organização de reuniões técnicas sobre temas relacionados ao envelhecimento saudável, a elaboração de normas e padrões e a preparação de mensagens educacionais para uso em serviços de saúde e na mídia.

54. Assinalou-se que como os prestadores de assistência na família ou no contexto da comunidade costumavam ser do sexo feminino, a crescente feminilização da faixa etária de idosos poderia levar a problemas de escassez de atenção no futuro. Uma questão relacionada era que as estruturas sociais estavam sofrendo mudanças, fazendo com que um grande número de idosos tivesse que se valer por si próprios quando no passado eles seriam cuidados por suas famílias ou comunidades. Também se assinalou que embora esforços estivessem sendo feitos para reduzir os custos sanitários para os idosos, alguns medicamentos e produtos médicos com frequência usados por esta faixa de população permanecia exorbitantemente caros.

55. Um representante da Alzheimer's Disease International salientou a necessidade de conscientizar o público sobre a doença de Alzheimer e outras demências e fez sugestões para estratégias nacionais de prevenção e atenção da demência.

56. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, RSPA) agradeceu às delegações pelas exposições das suas atividades nacionais e por seu apoio ao plano de ação. Ele disse que a OPAS estava ciente de que a estrutura política,

jurídica e normativa era fundamental para a implantação do plano de ação e que havia grandes desafios para adaptar os sistemas de saúde e fornecer treinamento apropriado a prestadores de assistência para o idoso e que ele estava trabalhando para ajudar os países a enfrentar estes desafios.

57. A sra. Daisy Mafubelu (subdiretora geral, Saúde Familiar e Comunitária, OMS) achou extremamente apropriado que o Conselho Diretor deveria considerar este tópico no dia 1º de outubro, o Dia Internacional do Idoso. Ela incentivou mais cidades a se associar à Rede Global da OMS de Cidades Amigas do Idoso, que incluíam a cidade do México, Nova York e Rio de Janeiro.

58. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R15, apoiando o plano de ação.

Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza (Documento CD49/9)

59. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente os esforços da OPAS para eliminar as doenças negligenciadas e doenças que afetavam principalmente as populações mais pobres e aquelas com menor acesso a serviços de saúde. O enfoque proposto no documento havia sido apoiado de modo geral, embora os delegados tivessem salientado a necessidade de mais dados de referência para medir a prevalência de doenças e os indicadores de desempenho, para maior participação local nos programas de controle e para pesquisa e desenvolvimento de fim de identificar novos ou melhores métodos, materiais e medicamentos para diagnóstico, tratamento e controle de doenças negligenciadas. Um delegado havia expressado receio quanto a certos aspectos do enfoque proposto com relação às doenças negligenciadas, em particular a estratégia de quimioprofilaxia em massa, que o seu governo via como inapropriado e não sustentável. Ele havia sugerido que um enfoque melhor seria fortalecer os sistemas de atenção primária à saúde como o principal meio para diagnosticar e tratar as doenças negligenciadas, combinando a detecção passiva com a busca ativa de casos.

60. O Conselho Diretor também expressou apoio geral ao enfoque proposto. As referências no documento às diversas estratégias da OMS e as ferramentas padronizadas para combater as doenças tropicais negligenciadas foram recebidas favoravelmente e se incentivou a OPAS a combinar de forma sinérgica o seu trabalho nesta área com os esforços da OMS. Uma delegada também observou a possibilidade de sinergias com outras atividades de controle de doenças, já que os medicamentos usados para tratar algumas das doenças negligenciadas eram eficazes contra uma variedade de infecções. Ela também salientou a necessidade de melhorar os mecanismos de distribuição de medicamentos. Um outro delegado destacou a importância da vigilância entomológica, fortalecimento das capacidades de diagnóstico e padronização dos exames diagnósticos.

Vários delegados salientaram a necessidade de participação comunitária e intersetorial nos esforços de controle.

61. Foi reiterada a necessidade de dados de referência para medir a prevalência das doenças e para os indicadores de desempenho. Estes últimos eram considerados especialmente importantes para o monitoramento e a avaliação das intervenções de quimioterapia preventiva. A necessidade de pesquisa sobre as doenças negligenciadas foi também enfatizada novamente, especialmente pesquisa para medir a dimensão da morbidade e estabelecer a distribuição geográfica das doenças em questão. Foi chamada atenção para o efeito da mudança climática para o surgimento e reemergência de algumas doenças.

62. Vários delegados expuseram as medidas que estavam sendo tomadas nos seus países para combater as doenças negligenciadas e relacionadas à pobreza e para combater a pobreza propriamente. Alguns delegados informaram que, embora os seus países haviam tido sucesso para controlar algumas doenças, outras doenças, como a malária, dengue, doença de Chagas e leptospirose, ainda representavam risco. Vários delegados disseram que os seus países precisavam de constante apoio técnico e financeiro, em particular do Fundo de Reserva da América Latina e Caribe para Prevenção, Controle e Eliminação de Doenças Negligenciadas e Outras Doenças Infecciosas, a fim de cumprir as metas de redução e eliminação propostas no documento.

63. Os delegados manifestaram preocupação com respeito a doenças específicas e os enfoques propostos para combatê-las. O delegado do Brasil assinalou que a meta proposta de eliminação da hanseníase não estava em conformidade com a Estratégia Global de Hanseníase da OMS para 2011-2015, estabelecida na Reunião de Gestores do Programa Global de Hanseníase realizada em Nova Délhi em abril de 2009, de redução de, pelo menos, 35% na taxa de novos casos com incapacidade de grau 2 por 100.000 habitantes ao final de 2015, em relação à referência no começo de 2011. Com respeito à filariose linfática, ele enfatizou que as estratégias de tratamento de massa deveriam ser adaptadas às zonas específicas onde a transmissão ocorria, conforme identificado nos estudos de prevalência. A estratégia proposta de quimioprofilaxia em massa para a esquistossomose, segundo seu governo, representaria um passo para trás para a Região. Os estudos realizados no Brasil haviam revelado que a quimioprofilaxia em massa produzia apenas um efeito transitório sobre os indicadores da esquistossomose. Os países deveriam se concentrar em fortalecer a capacidade de diagnóstico e tratamento de portadores do *Schistosoma mansoni* no nível de atenção primária e em melhorar o saneamento ambiental. Por fim, ele assinalou que não se conhecia a prevalência da helmintíase transmitida por contato com o solo na Região, e outros estudos deveriam ser realizados antes de implantar qualquer programa de tratamento em massa.

64. O delegado do México disse que o documento deveria incluir uma discussão mais aprofundada da leishmaniose, principalmente a forma visceral da doença, e que a leishmaniose deveria estar incluída entre as doenças do grupo 2 nele identificadas. O delegado da Argentina, observando que muitas das doenças mencionadas no documento não eram endêmicas no seu país, ressaltou a necessidade de prestar atenção a outras doenças emergentes e reemergentes, como síndrome hemolítica-urêmica, síndrome da morte súbita do recém-nascido, desnutrição, tuberculose, anemia e HIV/aids. Ele assinalou que havia bom potencial para a eliminação da doença de Chagas de transmissão vertical e sugeriu que ela deveria estar incluída no grupo 1. Ele também sugeriu que deveria ser revisada a meta de redução da soropositividade nas mulheres grávidas a menos de 1%, uma vez que muitas mulheres em idade reprodutiva já estavam infectadas pelo parasita *Trypanosoma cruzi* e, portanto, seria impossível atingir a meta de forma generalizada. Ele também assinalou que as estratégias para o combate da raiva humana transmitida pelo cão deveriam incluir o controle da população de cães de rua.

65. O dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente, Vigilância em Saúde e Controle e Prevenção de Doenças, RSPA) agradeceu aos delegados pelas suas observações construtivas que ajudariam à Repartição a melhorar o seu enfoque com relação às doenças negligenciadas e doenças relacionadas com a pobreza. Ele acreditava que o enfoque exposto no documento e a resolução proposta permitiriam ao setor da saúde cumprir sua função dupla de abordar os determinantes sociais da saúde e eliminar ou reduzir enormemente a carga das doenças negligenciadas para as quais existiam intervenções eficazes em função do custo. Com respeito às metas e aos indicadores propostos no documento, ele enfatizou que a Repartição não havia incluído nenhuma meta ou indicador que não havia sido estabelecido em uma resolução anterior da OPAS ou OMS. A meta para hanseníase, por exemplo, era a mesma que a estabelecida no Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS de 2008-2013 e no Plano Estratégico da OPAS 2008-2012. A ideia era eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública no âmbito subnacional, assim como no âmbito nacional, tendo em mente que em alguns países na Região, embora a meta de eliminação havia sido atingida no âmbito nacional, a prevalência da doença permanecia alta no âmbito subnacional. Embora alguns dos indicadores propostos pelo Brasil poderiam ser acrescentados ao projeto, era crucial assegurar que a resolução adotada pelo Conselho Diretor tivesse sustentação dos mandatos existentes e que os indicadores fossem simples de modo a evitar impor uma carga indevida aos sistemas de informação dos ministérios da Saúde.

66. A Diretora disse que a proposta era de um enfoque integrado que levava em consideração determinantes sociais, fatores ambientais e outras variáveis que haviam contribuído para a persistência do conjunto de doenças identificadas no documento. Observando que o Dia Mundial da Raiva havia sido celebrado no dia 28 de setembro, ela assinalou que a Região estava muito próxima de atingir a meta de eliminar a raiva transmitida por cães, porém, a raiva transmitida por animais selvagens, principalmente

morcegos, continuava sendo um grave problema que a OPAS estava procurando resolver com os Estados Membros.

67. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R19, incorporando várias emendas propostas pelos Estados Membros, inclusive, para Brasil, as metas de vigilância epidemiológica contida no documento da OMS “Estratégia Global Aprimorada para Reduzir Mais o Ônus da Morbidade por Hanseníase, 2011-2015” (Documento SEA-GLP-2009.4).

Política de pesquisa para a saúde (Documento CD49/10)

68. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido cordialmente de modo geral a política proposta e havia elogiado o compromisso renovado da OPAS com pesquisa, mas havia advertido que a ampliação de pesquisa realizada por própria OPAS poderia levar à duplicação dos esforços e diluição dos recursos. Havia sido salientado que a OPAS deveria se concentrar em traduzir os resultados de pesquisas em assessoramento técnico para os Estados Membros, em vez de realizar pesquisa por conta própria. Os delegados haviam sido receptivos ao enfoque inclusivo e multissetorial à pesquisa proposta na política e haviam sugerido que também deveria haver mecanismos participativos para a sua avaliação. Havia sido manifestada preocupação quanto às metas de financiamento estabelecidas na política, e sugerido que os Estados Membros deveriam ser incentivados a reservar fundos para pesquisa em saúde em vez de ser pedido para que se comprometessem com metas específicas. Apoio havia sido expressado para uma recomendação no documento de que 5% dos orçamentos básico e voluntário combinados deveriam ser usados para apoiar a pesquisa.

69. O Conselho Diretor também recebeu favoravelmente a política e concordou com seu enfoque gradual, mas, à semelhança do Comitê Executivo, advertiu quanto ao risco de duplicação de esforços e diluição de recursos e enfatizou a necessidade de aplicar os resultados de pesquisas para a solução de problemas de saúde prioritários na Região, inclusive os destacados em outros itens da agenda do Conselho, como saúde mental, saúde do idoso, saúde do adolescente e do jovem e doenças negligenciadas. Os aspectos de colaboração e solidariedade da política eram vistos como uma maneira benéfica de direcionar a pesquisa para tais problemas e de fortalecer centros de pesquisa e recursos humanos nos países onde a capacidade de pesquisa era relativamente pequena. Assinalou-se que a reestruturação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) também ajudaria a fortalecer a produção científica e o intercâmbio de informações (ver parágrafos 119 a 124 abaixo). Foram reiteradas as preocupações relativas às metas de financiamento e foi destacada a importância da pesquisa participativa na comunidade, em particular da pesquisa que promoveria a participação de povos indígenas e o uso do conhecimento tradicional.

70. Vários delegados expuseram a organização da pesquisa em saúde nos seus países, oferecendo compartilhar resultados e boas práticas com outros Estados Membros. Vários delegados também indicaram que os seus países estavam participando da rede de políticas baseadas em evidências científicas da OMS (EVIPNet). Sugeriu-se que, embora os governos pudessem atuar como grandes aliados da pesquisa em saúde, a OPAS e cada Estado Membro de modo individual também deveriam buscar criar parcerias com o setor privado para promover a pesquisa e inovação em saúde. A ajuda aos Estados Membros para avaliar a eficácia em função do custo das tecnologias e intervenções em saúde era vista como um papel importante para a OPAS na área da pesquisa em saúde.

71. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, RSPA), recebendo com satisfação as observações de modo geral positivas das delegações, esclareceu que a política não tinha como propósito que a OPAS deveria realizar pesquisa por conta própria. Em vez disso, o papel da Organização seria ajudar os Estados Membros a identificar as prioridades para pesquisa, realizar pesquisas e traduzir os resultados das pesquisas em evidências para a tomada de decisões.

72. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R10, respaldando a Política para Pesquisa em Saúde.

Estratégia e plano de ação para saúde mental (Documento CD49/11)

73. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê havia expressado apoio à Estratégia e o plano de ação em Saúde Mental, que os delegados haviam considerado como sendo um meio de atingir as metas regionais e internacionais de saúde mental, ao promover a boa saúde mental e prevenir os transtornos de saúde mental e fortalecer o acesso a serviços de saúde mental. Apoio havia sido manifestado para a proposta no anexo F do documento de formar parcerias com outros organismos internacionais para captar financiamento e para a proposta sob o item 4.1.2 de criar um grupo de trabalho regional para apoiar o planejamento de treinamento em saúde mental. A referência na Área Estratégica 2 a ambientes saudáveis como escolas e comunidades havia sido bem recebida e chamada a atenção para a importância do local de trabalho como uma área focal para identificar e abordar os transtornos de saúde mental. O reconhecimento do documento da questão da comorbidade nos pacientes de saúde mental havia sido elogiado. Firme apoio havia sido manifesto para os modelos de saúde mental comunitários e enfoques específicos para a cultura, particularmente para os povos indígenas.

74. O Comitê havia expressado algumas questões com respeito a aspectos específicos do Plano, em particular alguns dos indicadores. Sugeriu-se que cada país deveria selecionar os indicadores que eram mais representativos das suas circunstâncias particulares. Também havia sido sugerido que, visto que a Estratégia e o plano de ação

eram baseados em uma visão geral da Região, cada país deveria avaliar o próprio sistema mental de saúde usando o Instrumento de Avaliação da OMS para os Sistemas de Saúde Mental (WHO-AIMS), a fim de evitar a extrapolação automática de conceitos, modelos de atenção e estruturas institucionais.

75. O Conselho Diretor também expressou firme apoio à Estratégia e plano de ação. Os delegados ressaltaram a importância de integrar os serviços de saúde mental aos serviços de saúde gerais, inclusive no nível de atenção primária, um enfoque que ajudaria a reduzir custos. Os delegados também salientaram a importância da descentralização dos serviços de saúde mental, atenção na comunidade, equipes de saúde mental multidisciplinares e a participação de interessados diretos no desenvolvimento, monitoramento e avaliação dos serviços. Enfatizou-se que a institucionalização deveria ser uma estratégia de tratamento de último recurso para os portadores de transtornos mentais.

76. Também se destacou a importância de realizar avaliações da capacidade e necessidades de saúde mental, inclusive da estrutura jurídica e disponibilidade de financiamento público para serviços de saúde mental. Vários delegados observaram que seus países estavam utilizando o WHO-AIMS para esta finalidade, que havia permitido identificar pontos fracos e fortes em seus serviços de saúde mental e monitorar o progresso para lidar com deficiências. Uma delegada sugeriu que a OPAS deveria preparar um relatório complementar sobre os serviços de saúde mental no nível de atenção primária para identificar boas práticas e estratégias para vencer as barreiras à atenção eficaz. Poderia ser também proveitoso criar um inventário dos recursos disponíveis nos Estados Membros, como programas de formação profissional para os profissionais da saúde mental, com o objetivo de criar parcerias. A mesma delegada salientou a necessidade de financiar estratégias, observando que a Região havia tido exemplos de programas de saúde mental – alguns deles muito bons do ponto de vista técnico – que não haviam produzido melhorias reais à saúde mental porque não haviam sido tomadas providências para o seu financiamento.

77. Os delegados salientaram a necessidade de serviços de saúde mental orientados às necessidades especiais de grupos populacionais específicos, inclusive crianças e adolescentes, idosos e povos indígenas. Sugeriu-se que uma referência às populações indígenas deveria ser incluída no projeto de resolução neste item. Uma delegada chamou atenção para o impacto da atual crise econômica na saúde mental. Outra delegada destacou o grave problema de suicídio entre os jovens em seu país e os problemas criados com a estigmatização das pessoas com transtornos mentais. Vários delegados disseram que o combate à estigmatização e discriminação das pessoas com problemas de saúde mental deveriam ser uma prioridade. Uma terceira delegada destacou a necessidade de atenção à saúde mental no local de trabalho e às necessidades das pessoas responsáveis pelo bem-estar de outros, como professores e profissionais da saúde.

78. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, RSPA) agradeceu os membros pelas suas observações úteis que permitiriam à Repartição melhorar a sua cooperação técnica na área da saúde mental. Ele concordou que era importante documentar boas práticas e partilhar experiências, e disse que a OPAS estava preparando vários relatórios com esse fim, inclusive, por exemplo, um relatório consolidado sobre os resultados de avaliações realizadas nos países centro-americanos usando a metodologia WHO-AIMS. A adoção do projeto de Estratégia e o plano de ação em Saúde Mental na presente conjuntura seria especialmente significativa, já que o Dia Mundial da Saúde Mental seria celebrado em 10 de outubro, e o ano de 2010 marcava o 20º aniversário da Declaração de Caracas, que havia determinado o começo dos esforços para reestruturar os serviços de saúde mental na Região. As celebrações planejadas para estes dois eventos proporcionariam uma oportunidade para divulgar informações e advogar pelas questões de saúde mental.

79. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R17 sobre o tema, respaldando a Estratégia e o plano de ação.

Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem (Documento CD49/12)

80. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) afirmou que o Comitê havia apoiado o plano de ação para Saúde do Adolescente e do Jovem e havia elogiado seu enfoque integrado e interprogramático. Vários delegados haviam assinalado que havia claras sobreposições entre este plano de ação e outras estratégias, planos e iniciativas regionais e haviam salientado a necessidade de a Repartição e as representações da OPAS assegurar a coordenação e comunicação fluente entre todos os programas, assim como para o trabalho com outros organismos do sistema das Nações Unidas, ao implementar o Plano. Várias sugestões eram feitas com respeito a metas e indicadores específicos do plano de ação e várias emendas ao projeto de resolução no sobre este item haviam sido propostas. Em particular, havia sido enfatizada a necessidade de assegurar a uniformizar o uso dos termos “adolescente”, “juventude” e “jovens”, assim como a necessidade de identificar claramente os grupos-alvo para as atividades propostas. A este respeito, um delegado havia sugerido que alguns dos termos e siglas mencionados no plano de ação deveriam ser definidos mais claramente em um anexo. O Comitê havia adotado a Resolução CE144.R6, recomendando que o Conselho Diretor respaldasse o plano de ação.

81. O Conselho Diretor expressou apoio ao plano de ação proposto, que os delegados consideraram que ajudaria a dar mais visibilidade à situação e às necessidades dos adolescentes e jovens na Região. Os delegados elogiaram o enfoque de saúde pública com base científica do Plano e receberam com satisfação sua abrangência, observando que ele reconhecia a multiplicidade dos fatores que influíam na saúde do adolescente e do jovem e na conseqüente necessidade de ação intersetorial e interinstitucional de abordar

estes fatores. À semelhança do Comitê Executivo, o Conselho destacou os vínculos entre este plano de ação e planos e estratégias em outras áreas, como a saúde familiar e comunitária e redes integradas de prestação de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde, e salientou a necessidade de coordenação interprogramática. Os delegados receberam favoravelmente as revisões feitas ao Plano em resposta às observações do Comitê Executivo, em particular maior ênfase do Plano aos grupos vulneráveis, especialmente adolescentes e jovens indígenas e pobres, e sua ênfase renovada para promover a cidadania dos jovens e sua participação na formulação e implementação de políticas e planos direcionados à melhoria da própria saúde. Foi assinalado, porém, que para o sucesso das ações contempladas no Plano, recursos orçamentários suficientes teriam de ser alocados no âmbito nacional.

82. Com respeito ao monitoramento do progresso sob o Plano, vários delegados comentaram que seriam necessários indicadores específicos individualmente para os países a fim de refletir as realidades nacionais e medir a mudança no âmbito nacional com maior sensibilidade. Alguns delegados observaram que os programas de seus países para adolescentes e jovens usavam faixas etárias diferentes das propostas no plano de ação (10 a 24 anos), que poderia dificultar a notificação quanto ao progresso, no entanto eles expressaram apoio ao Plano e disposição para coordenar suas ações com as da OPAS. Diversos delegados destacaram a importância de partilhar dados e boas práticas. A este respeito, o delegado do Brasil anunciou que o seu governo patrocinaria uma conferência internacional sobre juventude em 2010 e sugeriu que um seminário sobre a saúde do adolescente e do jovem poderia ser realizado conjuntamente a este evento, o que seria uma oportunidade para o intercâmbio de experiências.

83. Vários delegados salientaram a necessidade de proteger os direitos dos jovens com respeito à saúde, inclusive o seu direito de obter acesso a serviços de saúde reprodutiva e outros serviços médicos sem consentimento dos pais. Ao mesmo tempo, foi enfatizada a necessidade de reconhecer os direitos e as responsabilidades dos pais e outras pessoas legalmente responsáveis pelos adolescentes. O papel das organizações da sociedade civil e escolas ao promover a saúde do adolescente e do jovem foi destacado. Ênfase especial foi dada à necessidade de reduzir as taxas altas de gravidez na adolescência na Região e de lidar com questões de saúde mental e problemas relacionados ao abuso de substâncias, infecção pelo HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, violência, lesões e mortes causadas por acidentes de trânsito entre jovens. Assinalou-se que programas especiais eram necessários para adolescentes e jovens não matriculados na escola e para os mantidos em estabelecimentos de detenção. A importância de prestar serviços amistosos aos jovens no nível de atenção primária à saúde e do treinamento dos profissionais da saúde ao trabalho com jovens e adolescentes foi destacada. Preparar os profissionais da saúde para responder de maneira apropriada às necessidades de saúde sexual e reprodutiva do jovem foi considerado especialmente importante.

84. As representantes do Fundo de População das Nações Unidas e da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina expressaram apoio ao plano de ação e incentivaram a Repartição e os Estados Membros a alocar recursos suficientes para sua plena implementação. A representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina assinalou que o investimento em saúde do adolescente e do jovem ajudaria a criar uma cultura de saúde e criar gerações futuras de adultos mais saudáveis.

85. A dra. Gina Tambini (gerente, Saúde Familiar e Comunitária), observando o sério impacto da atual crise global financeira em adolescentes e jovens, assinalou que o investimento na saúde e o desenvolvimento dos jovens também promoveriam maior produtividade e crescimento econômico nos países da Região. Ela agradeceu os Estados Membros por seu apoio ao Plano e os felicitou pelo progresso feito ao prestar serviços a adolescentes e jovens.

86. A sra. Daisy Mafubelu (subdiretora geral, Saúde Familiar e Comunitária, OMS) disse que a OMS esperava trabalhar com a OPAS na execução do plano de ação para Saúde do Adolescente e do Jovem e manifestou confiança de que o Plano contribuiria para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio e ajudaria a salvar a vida de milhares meninas adolescentes que continuavam a morrer todos os anos de causas relacionadas com gravidez e parto.

87. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R14, respaldando o plano de ação.

Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero (Documento CD49/13)

88. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia expressado firme apoio à proposta de plano de ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero da OPAS, aprovada em 2005 (Resolução CD46.R.16). O Comitê havia considerado que o plano de ação continha uma estrutura abrangente para o trabalho contínuo para a igualdade de gênero tanto pela Repartição quanto pelos Estados Membros. As áreas estratégicas do Plano haviam sido consideradas claras e factíveis e sua contribuição em potencial ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio e outras metas de igualdade de gênero havia sido reconhecida. O Comitê havia enfatizado a necessidade tanto para OPAS como para Estados Membros de alocar recursos suficientes e assegurar a infraestrutura e capacidades necessárias para implantar o Plano.

89. Vários outros refinamentos dos indicadores no plano de ação haviam sido sugeridos. Em particular, havia sido considerado que o indicador em relação às contribuições da assistência de saúde gratuita nas contas nacionais da saúde deveria ser

mais trabalhado para especificar a natureza precisa destas contribuições e como elas deveriam ser refletidas nas contas. Também havia sido sugerido que alguns indicadores deveriam ser enfocados novamente. Com o objetivo de promover um “único enfoque das Nações Unidas” para integrar o gênero nas políticas públicas, havia sido sugerido que um novo parágrafo operativo deveria ser acrescentado ao projeto de resolução neste item, pedindo a cooperação tanto dos Estados Membros como da Diretora para promover e fortalecer parcerias com outros organismos das Nações Unidas e com outras organizações para apoiar a execução do plano de ação. O Comitê havia recomendado que o Conselho Diretor adotasse uma resolução instando os Estados Membros a, entre outras ações, adotar e promover a implantação do plano de ação.

90. No debate que seguiu à exposição da dra. Muñoz, os delegados expressaram firme apoio ao plano de ação e afirmaram o compromisso de seus governos com o avanço da igualdade de direitos e oportunidades para mulheres e homens. Os delegados descreveram os esforços em andamento nos seus países para promover a igualdade de gênero e abordar as disparidades de saúde entre mulheres e homens. Vários delegados observaram que iniciativas de igualdade de gênero não deveriam ser percebidas como relativas apenas às mulheres e salientaram a necessidade de maior atenção às necessidades específicas de saúde dos homens. Assinalou-se que os homens em geral morriam mais cedo e sofriam mais de doenças cardiovasculares e outras doenças não transmissíveis que as mulheres. Além disso, devido a fatores sociais e culturais, era menos provável que buscassem assistência de saúde que as mulheres e com frequência esperavam para buscar ajuda que o seu problema já era grave ou mesmo potencialmente fatal. Vários delegados mencionaram iniciativas de promoção da saúde e prevenção de doenças nos seus países dirigidas especificamente aos homens. Vários delegados destacaram o sério problema persistente da violência de gênero na Região e expuseram estratégias, políticas e programas de seus países para combatê-la. A necessidade de envolver os homens nestes esforços foi enfatizada.

91. A importância das estatísticas desagregadas por sexo e análise por gênero na identificação das disparidades na saúde foi enfatizada. Assinalou-se que tal análise precisava levar em consideração tanto os fatores biológicos relacionados ao sexo como os fatores sociais relacionados ao gênero que eram responsáveis pelo efeito diferencial de diversos determinantes da saúde sobre homens e mulheres. Vários delegados também observaram o impacto de fatores étnicos e culturais na saúde e enfatizaram a necessidade de desagregação de dados por raça e grupo étnico. A necessidade de monitorar o progresso sob o plano de ação foi destacada, assim como a importância de partilhar boas práticas e lições aprendidas. Os delegados receberam favoravelmente a proposta no plano de ação de estabelecer uma plataforma de conhecimento para facilitar o compartilhamento de experiência.

92. Uma representante da Federação Internacional de Planejamento Familiar elogiou o plano de ação e a Política de Igualdade de Gênero da OPAS, e afirmou o compromisso de sua organização de ajudar os Estados Membros a implementá-lo.

93. A dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (assessora sênior, Gênero, Grupo Étnico e Saúde, RSPA) disse que o plano de ação era o produto de um processo amplo de consulta envolvendo interessados diretos no âmbito nacional, sub-regional e regional, assim como parceiras da sociedade civil e organismos irmãos da OPAS nas Nações Unidas e sistemas interamericanos. Ela agradecia a todos que haviam participado destas consultas. Estava claro pelas observações do Conselho que os Estados Membros estavam firmemente comprometidos em executar a Política e o plano de ação de Igualdade de Gênero no âmbito nacional. A monitoração e a responsabilidade pela execução talvez seriam os aspectos mais difíceis do Plano, e ela receberia com satisfação comentários constantes por parte dos Estados Membros sobre a melhor maneira de lidar com este desafio.

94. Ela assegurou ao Conselho que a OPAS estava bastante ciente da importância dos fatores étnicos e culturais. De fato, esta conscientização estava refletida no nome do seu escritório: Unidade de Gênero, Grupo Étnico e Saúde. A Organização também reconheceu a necessidade de fazer mais para atender às necessidades de saúde dos homens e melhorar sua expectativa de vida. A OPAS estava trabalhando estreitamente nesta área com os Estados Membros, outras instituições intergovernamentais e organizações da sociedade civil.

95. A dra. Socorro Gross (subdiretora, RSPA) disse que o plano de ação representava um compromisso dos Estados Membros em uma questão que era crucial para a saúde e o bem-estar, para o exercício pleno dos direitos e para o desenvolvimento dos países da Região. Ela havia ouvido atentamente as opiniões e recomendações dos Estados Membros e assegurou o Conselho que elas seriam levadas plenamente em consideração na implantação do plano de ação.

96. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R12, respaldando o plano de ação e instando os Estados Membros a promoverem a sua implantação como uma estrutura para obter a igualdade de gênero na saúde.

Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos (Documento CD49/14)

97. A dra. Marthelise Eersel (representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê havia recebido com satisfação os esforços da OPAS de elaborar um modelo de política para doação e transplante de órgãos humanos e havia destacado a necessidade de sistemas reguladores sólidos baseados em princípios éticos de modo a garantir a segurança da obtenção de órgãos e do transplante e acesso equitativo a células, tecidos e órgãos

doados. O Comitê também havia salientado a importância de desencorajar o mercantilismo de órgãos e promover a doação altruísta, e a importância de atingir auto-suficiência nacional na doação de órgãos. Os delegados haviam enfatizado a necessidade de promover a doação de cadáveres e também assegurar a proteção e monitoramento e atenção pós-transplante para doadores vivos. A Repartição havia sido incentivada a basear o modelo de política na versão revista dos Princípios Orientadores da OMS para Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos. O Comitê havia manifestado firme apoio aos Princípios Orientadores da OMS, embora alguns membros tivessem sido de opinião que, como a Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde havia prorrogado a consideração destes princípios, seria prematuro para os Órgãos Diretivos da OPAS adotar uma resolução sobre o assunto.

98. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa, RSPA) havia explicado que os Princípios Orientadores revistos haviam sido discutidos pelo Conselho Executivo da OMS, mas por causa do impacto da influenza H1N1 pandêmica, a Assembleia Mundial da Saúde havia decidido adiar a consideração da questão para 2010. Porém, os Princípios Orientadores já existiam, pois haviam sido adotados em 1991, e a Assembleia Mundial da Saúde simplesmente aprovaria as atualizações feitas a eles. Por esse motivo, ele não acreditava que seria prematuro para o Conselho Diretor adotar uma resolução sobre o tema.

99. No debate que seguiu à exposição do Comitê Executivo, os delegados expressaram apoio ao modelo de política e projeto de resolução. A maioria dos delegados que falaram descreveu como a doação e transplante de órgãos eram organizados e regulados nos próprios países. Foi chamada atenção para a importância de estabelecer organismos nacionais para promover e regular a doação de órgãos, e se sugeriu que a OPAS e a OMS poderiam desempenhar um papel central ao apoiar tais esforços. A necessidade de proporcionar assistência e monitoramento adequados pós-transplante dos doadores foi também destacada.

100. De modo geral considerou-se que a obtenção de órgãos deveria ser realizada dentro do sistema de saúde pública, pois a proliferação de bancos de órgãos privados havia se tornado um sério problema em vários países da Região. Vários delegados salientaram a necessidade de controlar o tráfico de órgãos e desencorajar o turismo de transplante, que poderia privar as pessoas locais da sua chance de receber um transplante. Eles também enfatizaram a importância da transparência em cada passo do processo e a necessidade de promover o acesso equitativo a órgãos e tecidos, principalmente para os segmentos vulneráveis da população. Uma delegada sugeriu que parcerias público-privadas poderiam ser útil na promoção de práticas éticas de doação e transplante.

101. Os delegados ressaltaram a importância de incentivar maior uso de doações de cadáveres, embora se assinalou que, na cultura de alguns países, a prática não era bem

recebida. Vários delegados expressaram agradecimento pelo trabalho da Rede/Conselho Ibero-americano para Doação e Transplante (RCIDT) e expressaram que esperavam que o auxílio da Rede pudesse ser ampliado a mais países de língua espanhola, em particular no Caribe. O delegado da Espanha recebeu com satisfação o sucesso da RCDIT e disse que seu governo estava preparado para continuar a fornecer ajuda para melhorar a organização da doação e transplante de órgãos na Região. Os delegados do Caribe disseram que os seus países se beneficiariam enormemente com a assistência da OPAS com seus programas de saúde e transplante renal, como considerado no parágrafo 2(f) do projeto de resolução. Os delegados também ressaltaram o trabalho da Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes do Mercosul (CIDT).

102. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa) agradeceu os delegados pelas suas observações, e felicitou os países da Região pelo progresso feito para o desenvolvimento de suas capacidades de transplante e melhoria das taxas de doação de órgãos, agradecendo também à Espanha pelo apoio financeiro e técnico da RCIDT. Ele acrescentou que a OPAS estava trabalhando para ajudar os países do Caribe em seus esforços de melhorar seus programas de transplante, recordando que uma reunião havia sido realizada em Trinidad e Tobago alguns anos antes para permitir um intercâmbio de experiências nesta área.

103. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R18, endossando o modelo de política para doação e transplante de órgãos humanos.

Saúde e turismo (Documento CD49/15)

104. A dra. Marthelise Eersel (representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia ressaltado a importância do turismo para o desenvolvimento sustentável dos países na Região, principalmente no contexto da presente crise internacional econômica, da pandemia de influenza H1N1 e do surgimento e reemergência de outras doenças transmissíveis como a dengue. O turismo de saúde, principalmente turismo para transplante, havia sido identificado como uma questão que implicava algumas sérias preocupações com respeito à equidade e acesso à assistência de saúde. Alguns delegados haviam considerado que o documento sobre o assunto estava pouco e faltava foco e havia sido recomendado que fosse mais explicitado. Havia sido sugerido, por exemplo, que definições de termos como “saúde turística” e “turismo de saúde” eram necessários, e que as questões a serem discutidas pelo fórum regional proposto em turismo da saúde deveriam ser esclarecidas. Também havia sido assinalado que o projeto de resolução requeria que a Diretora formulasse um plano de ação regional, mas o documento não propunha objetivos, indicadores ou atividades provisórios para tal plano. Vários delegados haviam sido de opinião que as implicações financeiras do projeto de resolução neste item haviam sido bastante subestimadas, particularmente diante da pandemia de

influenza e seu impacto de custo em áreas turísticas, e havia sido solicitado ao Secretariado que revisasse as cifras do orçamento.

105. Depois da exposição pelo Comitê Executivo, vários delegados descreveram as medidas sendo tomadas pelos seus países para gerenciar o turismo, realçando sua importância às próprias economias nacionais. Vários delegados assinalaram que saúde e turismo se cruzavam em três áreas diferentes, a primeira sendo a provisão de um ambiente saudável que os turistas gostariam de visitar. Nesta área, os delegados ressaltaram a importância dos programas relacionados à água pura, inocuidade dos alimentos, gestão de resíduos e prevenção da violência contra os turistas. A segunda era a necessidade de estar preparado para prestar assistência a visitantes que adoecessem, sendo um aspecto importante a questão dos termos, particularmente financeiros, em que os turistas deveriam receber assistência de saúde. A terceira área relacionava-se com a assistência de saúde para a população local que poderia adoecer por doenças trazidas pelos visitantes. Destacou-se a importância dos sistemas de vigilância epidemiológica nos portos de entrada e de sistemas eficazes de informação sanitária para os hotéis.

106. Um delegado foi de opinião que o documento deveria descrever mais claramente a relação simbiótica de saúde e turismo e a contribuição de ambos para o desenvolvimento econômico e social de um país. Ele também realçou que o turismo saudável poderia contribuir para a saúde global, e isso qualquer investimento em assegurar o turismo saudável deveria ser visto como uma maneira de agregar valor à economia de um país. A maioria dos Estados Membros expressou o seu apoio à proposta de criar um Fórum Regional em Saúde e Turismo, embora dois argumentaram que isso duplicaria os mecanismos existentes e estaria além da área de atuação da OPAS. O delegado dos Estados Unidos sugeriu que, em vez de estabelecer um novo fórum, a OPAS e a OMS deveriam promover a integração das considerações de saúde nos atuais fóruns para o desenvolvimento do turismo. Ele também realçou que questões ambientais e de sustentabilidade, inclusive a mudança climática, eram de competência de outras organizações.

107. O Conselho também discutiu o turismo médico, inclusive o turismo para transplante de órgãos. O delegado da Argentina informou que o seu governo havia proposto, no Mercosul, um acordo com o intuito de proibir o tráfico de células, tecidos e órgãos humanos e desencorajar o turismo para transplante entre os membros do Mercosul. Outros delegados salientaram a necessidade do credenciamento adequado dos estabelecimentos que prestavam serviços médicos aos turistas.

108. O dr. Luiz Galvão (gerente, Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental, RSPA) agradeceu os delegados pelas suas observações úteis, que ajudariam a melhorar o documento. Em resposta às preocupações sobre o Fórum Regional em Saúde e Turismo, ele explicou que o fórum era o mecanismo através do qual a OPAS coordenaria seu

trabalho com outros setores. O novo fórum não duplicaria os mecanismos existentes nem daria lugar a uma outra organização para questões turísticas. Referindo-se à observação de que o Fórum estaria além do alcance do mandato da OPAS, ele explicou que o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente e a Organização Internacional do Trabalho, assim como os secretariados para questões ambientais dos Estados Membros, seriam convidados a participar do Fórum.

109. A Diretora confirmou que os aspectos do turismo, como questões trabalhistas ou ambientais, continuariam sendo responsabilidade dos respectivos organismos internacionais, e que muitos dos conceitos e definições relacionados ao turismo vieram diretamente da Organização Mundial do Turismo, com o qual a OPAS tinha uma estreita relação de trabalho. Mas para os aspectos de saúde do turismo, estes outros organismos buscavam orientação da OPAS e, no contexto maior, da OMS.

110. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R20, endossando os conceitos no Documento CD49/15 e apoiando o estabelecimento do Fórum Regional em Saúde e Turismo.

Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde (Documento CD49/16)

111. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia manifestado firme apoio ao desenvolvimento de redes integradas de serviços de saúde com base na atenção primária à saúde, que o Comitê havia visto como um meio de melhorar a situação de saúde com a redução de desigualdades de saúde, ampliação da cobertura, melhoria da qualidade de atenção e contenção dos custos de assistência de saúde. O Comitê também havia reconhecido a contribuição que tais redes poderiam dar ao cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio relacionadas com a saúde. Havia sido ressaltada a importância de disponibilizar assistência de saúde perto de onde as pessoas vivem. Assinalou-se que o valor das parcerias público-privadas não deveria ser subestimado, pois elas poderiam ajudar a reduzir custos e ampliar a cobertura. O Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária havia sido citado como um exemplo de uma bem-sucedida parceria público-privada. A OPAS foi incentivada a combinar seu trabalho nesta área com o da OMS e basear-se nas estratégias e estruturas existentes. O Comitê havia enfatizado a necessidade de estabelecer metas e indicadores claros para medição do progresso no fortalecimento dos sistemas de saúde através do desenvolvimento de redes integradas de serviços de saúde.

112. Com respeito ao documento e projeto de resolução para este item, alguns membros do Comitê Executivo haviam considerado que as definições de alguns termos, inclusive “rede integrada de prestação de serviços de saúde”, deveriam ser reforçadas e os

exemplos esclarecidos. Levando-se em consideração o debate do Comitê da saúde familiar e comunitária, também havia sido sugerido que o projeto de resolução no tema deveria incentivar os Estados Membros a preparar um plano de ação nacional promovendo a criação de redes integradas de serviços de saúde com um enfoque de saúde familiar e comunitária como modalidade preferencial para prestação de serviços de saúde. O Comitê havia adotado a Resolução CE144.R7, incorporando a emenda em relação à saúde familiar e comunitária.

113. À semelhança do Comitê Executivo, o Conselho apoiou firmemente o enfoque proposto à integração da prestação de serviços de saúde através de redes e o desenvolvimento dos sistemas de saúde com base na atenção primária à saúde. Os delegados consideraram que o enfoque ajudaria a reduzir a fragmentação e segmentação dos sistemas de saúde e a melhorar o acesso aos serviços de saúde para as populações pobres e subatendidas. Foi assinalado, porém, que a atenção primária à saúde não deveria ser vista exclusivamente ou principalmente como uma estratégia para a provisão de assistência de saúde aos pobres, mais sim como um meio de alcançar maior cobertura e equidade nos sistemas de atenção de saúde. Também se assinalou que os sistemas de assistência médica dominados por hospitais que prevaleciam em muitos países, com sua forte dependência em tecnologias complexas e caras, haviam elevado custos e limitado o acesso à assistência de saúde, mas não haviam produzido desfechos de saúde melhores. Ressaltou-se a necessidade de abordar as questões da cobertura de saúde e proteção social nas populações carentes, particularmente nos países em desenvolvimento.

114. Os delegados reafirmaram o seu apoio aos princípios da atenção primária à saúde estabelecidos na Declaração de Alma-Ata, destacando em particular a importância da promoção da saúde, participação comunitária e responsabilidade e prestação de contas dos governos. A importância da ação intersetorial para abordar determinantes sociais e ambientais da saúde foi também ressaltada, assim como a necessidade de formar recursos humanos suficientes para trabalhar no nível de atenção primária. A melhoria da capacidade de resposta e garantia de qualidade de atenção e satisfação do usuário no nível de atenção primária eram consideradas cruciais ao sucesso das redes integradas de prestação de serviços de saúde. Uma delegada, observando que os usuários quem não estavam satisfeitos com os serviços fornecidos no nível de atenção primária tenderiam mais a buscar atendimento diretamente no nível secundário ou terciário, salientou a necessidade de sistemas de gestão de qualidade que levassem em consideração a opinião tanto de usuários quanto de provedores dos serviços de saúde. Uma outra delegada ressaltou a influência da internet e de outras fontes de informação sobre as ideias e expectativas dos consumidores com respeito à assistência de saúde.

115. Os delegados expuseram uma variedade de estratégias e iniciativas realizadas em seus países para desenvolver redes de prestação de serviços de saúde com base na atenção primária à saúde, incluindo um sistema centrado em policlínicas, um programa de

assistência de saúde móvel com o propósito de chegar a populações isoladas e marginalizadas, o uso de tecnologias em saúde para fortalecer a capacidade no nível local de atenção primária à saúde e a criação de “macrorredes” nacionais e regionais de centros de assistência de saúde especializada para lidar com as necessidades de saúde que não poderiam ser tratadas nas redes de nível local. Vários delegados destacaram o valor das parcerias público-privadas para ampliar os serviços de saúde, embora também se assinalou que as entidades privadas e públicas de saúde às vezes transmitiam mensagens díspares com respeito à provisão e ao consumo de serviços de saúde.

116. Enfatizou-se que qualquer estratégia para melhorar os sistemas de prestação de serviços de saúde deveria ser baseada nos melhores dados concretos disponíveis, incluindo o significativo trabalho acumulado pela OMS sobre o tema. A OPAS foi incentivada a assegurar que o seu trabalho nesta área estivesse em sinergia com o da OMS e que os esforços não estavam sendo duplicados. Foi também enfatizado que deveria haver flexibilidade no planejamento e operação das redes de assistência de saúde a fim de conciliar as necessidades heterogêneas de saúde de diferentes populações e as distintas características socioeconômicas dos países. Ao mesmo tempo, assinalou-se que os países da Região tinham algumas características e problemas de saúde em comum e portanto poderiam aprender com o intercâmbio de experiências. Diversos delegados ressaltaram a importância de monitorar e avaliar o desempenho das redes integradas de prestação de serviços de saúde. A inclusão de alguns indicadores gerais de progresso no documento sobre este item foi bem recebida e se recomendou que deveria ser estabelecido um prazo para avaliar o impacto das estratégias propostas.

117. O dr. Hernán Montenegro (assessor sênior, Sistemas de Saúde e Proteção Social, RSPA) agradeceu os Estados Membros que haviam participado e apoiado as consultas nacionais, sub-regionais e regionais que haviam proporcionado subsídios sobre a política regional para desenvolver redes integradas de prestação de serviços de saúde. Ele acreditava que o documento e o projeto de resolução para este item refletiam os pontos de vista e considerações expressos pelos delegados. Eles apresentavam um enfoque que visava renovar e operacionalizar a estratégia de atenção primária à saúde e reconheciam a importância, por exemplo, de flexibilidade, satisfação dos usuários, ação intersetorial, parcerias público-privadas e monitoramento e avaliação do progresso. Com respeito a este último, a OPAS continuaria esforçando-se para elaborar indicadores e metodologias para medir o desempenho das redes de prestação de serviços de saúde e dos sistemas de saúde em geral, assegurando que os seus esforços nesta área estivessem em sinergia com os da OMS. A Organização também continuaria a coletar informação sobre as experiências dos Estados Membros ao desenvolver e executar as redes integradas com base na atenção primária à saúde. Tais informações seriam uma fonte valiosa de comprovações e boas práticas.

118. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R22 sobre este tema, instando os Estados Membros a prepararem um plano de ação nacional promovendo a criação de redes integradas de prestação de serviços de saúde com um enfoque de saúde familiar e comunitária como modalidade preferencial para a prestação de serviços de saúde no país.

Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Documento CD49/17)

119. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido, em junho, uma atualização sobre o progresso para a elaboração de uma nova estrutura institucional para a BIREME formada por três instrumentos legais: um Estatuto, um Acordo para a sede e um Acordo para instalações. O Comitê havia sido informado que a finalidade da nova estrutura institucional era implantar uma estrutura nova de governança e assegurar uma fonte estável e equilibrada de financiamento para o trabalho da BIREME. O Comitê havia examinado uma versão preliminar do Estatuto e proposto várias emendas ao Artigo IV, com respeito à composição da BIREME, ao Artigo VI, com respeito ao Comitê Consultivo proposto, ao Artigo VII, que tratava do Comitê Científico proposto e ao Artigo VIII, com respeito ao Secretariado da BIREME. Estas alterações haviam sido incorporadas em uma versão revisada do documento e estavam apresentadas no Documento CD49/17. O Comitê havia adotado a Resolução CE144.R24, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprovasse a nova estrutura institucional para a BIREME, inclusive o Estatuto proposto.

120. No debate que seguiu à exposição da dra. Muñoz, os delegados agradeceram o trabalho da BIREME e o apoio à nova estrutura institucional proposta, que eles acreditavam que melhoraria a capacidade do Centro de gestão e difusão da informação.

121. O delegado do Brasil disse que era motivo de orgulho para o seu país servir como o país-anfitrião para a BIREME, que havia feito uma enorme contribuição à produção e difusão de informações científicas na Região e havia desempenhado um papel pioneiro no uso das tecnologias da informação como o CD-ROM. O Brasil elogiava o papel do Centro em melhorar o acesso às informações sanitárias em português através da rede de acordo com a rede de ePORTUGUÊSe da OMS, que usava o modelo de Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido pela BIREME. O seu governo dava total apoio à nova estrutura institucional.

122. A Diretora disse que o desenvolvimento da nova estrutura institucional era parte de um processo em curso de revisão da situação de todos os Centros Pan-Americanos para adaptá-los às necessidades cambiantes da Região e às prioridades estabelecidas pelos Estados Membros no Plano Estratégico 2008–2012 e outros documentos de políticas e planejamento. Grande parte das mudanças havia sido realizada nas duas décadas anteriores na área de gestão do conhecimento, que havia se tornado crucial ao

progresso de muitas atividades de saúde. A colaboração entre o governo do Brasil, a OPAS e a BIREME havia funcionado extraordinariamente bem. O Centro havia se tornado um recurso valioso não apenas para os Estados Membros da OPAS, mas também para os Estados Membros em outras regiões da OMS e para a OMS propriamente dita. Ele não servia apenas de repositório da informação, mas havia desempenhado um papel fundamental na formação das redes nacionais de bibliotecas de saúde, facilitando assim o intercâmbio da informação científica nas Américas e no restante do mundo. A existência destas redes colaboradoras havia contribuído para o progresso em várias frentes no campo da saúde pública.

123. Ela agradeceu ao governo do Brasil pelo seu apoio ao Centro ao longo dos anos e ao Diretor de BIREME e ao Assessor Jurídico da Organização por seu intenso trabalho para a nova estrutura institucional.

124. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R5, aprovando o Estatuto da BIREME.

Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) (Documento CD49/18)

125. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê havia sido informado na sua 144^a sessão que o Conselho do INCAP havia resolvido assumir responsabilidade exclusiva pela administração do Instituto, a partir de setembro de 2009 e emendar o Acordo Básico de maneira correspondente. O Comitê também havia sido informado que a Diretora havia estabelecido vários grupos de trabalho para abordar os diversos aspectos técnicos, administrativos e legais da transferência da responsabilidade administrativa, com vistas a assegurar uma transição suave e preservar a funcionalidade e liderança do Instituto nas áreas de nutrição e segurança de alimentação. A maioria dos principais documentos para a transferência da responsabilidade administrativa para o Conselho do INCAP havia sido aprovada, embora os termos de referência e o procedimento para a seleção do próximo diretor do INCAP estavam nesse momento ainda sendo finalizados. O Comitê Executivo havia adotado a Resolução CE144.R20, recomendando que o Conselho Diretor da OPAS aprovasse a transferência da administração do INCAP ao seu Conselho Diretor.

126. A delegada da Guatemala observou que o ministério da Saúde da Guatemala dividia as dependências com o INCAP e que o apoio recebido do Instituto e o intercâmbio de experiência haviam sido positivos. Seu país apoiava incondicionalmente a proposta no documento para a reestruturação do INCAP e esperava ansiosamente pelo estabelecimento do seu Conselho Diretor.

127. A dra. Socorro Gross (subdiretora, RSPA) informou que o procedimento para selecionar o próximo diretor do INCAP havia sido aprovado pela maioria requerida e

uma lista dos candidatos em potencial estava sendo preparada em cooperação com o presidente do Conselho do INCAP. Esperava-se que a seleção poderia ser feita na próxima sessão do conselho, a ser realizada em dezembro. Esperava-se que o restante dos documentos estaria finalizado logo, e então a OPAS estaria em condições de transferir a administração do INCAP ao seu Conselho Diretor assim que a auditoria estivesse concluída no fim de dezembro ou princípio de janeiro. A OPAS continuaria sendo integrante do INCAP, uma vez que continuaria ocupando uma cadeira do seu Conselho Diretor, e a Organização também continuaria apoiando as iniciativas associadas à nutrição de acordo com este Conselho.

128. A Diretora observou que a transferência da administração havia sido um processo de vários anos de duração, durante o qual o INCAP havia sido progressivamente fortalecido em preparação para sua separação administrativa da Organização. A nova estrutura facilitaria a captação de recursos para o INCAP e fortaleceria o Instituto, permitindo que desempenhasse um papel mais ativo ao abordar os problemas de desnutrição e desnutrição devida ao excesso, que havia sido destacado durante o recente painel de discussão (ver parágrafos 163 a 167 abaixo).

129. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R16, solicitando à Diretora que instituisse as medidas necessárias para a transferência ordenada da administração do INCAP ao seu Conselho Diretor.

Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual (Documento CD49/19)

130. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia manifestado firme apoio ao proposto plano de ação para prevenção da cegueira evitável e deficiência visual e havia recomendado que o Conselho Diretor o aprovasse. Vários membros haviam observado que o Plano estava plenamente de acordo com seus planos e estratégias nacionais para a prevenção da cegueira e deficiência visual e muitos deles haviam exposto os programas em andamento em seus países. Em resposta a uma pergunta de um delegado, havia sido explicado que a retinopatia da prematuridade causava mais da metade dos casos de cegueira na infância na América Latina e no Caribe e por esse motivo havia sido identificada como uma prioridade sob o plano de ação. Havia sido sugerido que o objetivo 1.2.2 no Plano, que identificava os hispânicos e afrodescendentes como grupos de alto risco para a retinopatia diabética, deveria ser mais genérico e emendado para “grupos de alto risco de certas origens étnicas, dependendo do país”. Esta sugestão havia sido incorporada na versão revisada do Plano apresentado ao Conselho.

131. O Conselho Diretor recebeu com satisfação os esforços da OPAS no que se refere à prevenção da cegueira e deficiência visual e apoiou o plano de ação, que era

considerado um meio para melhorar os serviços de atenção oftalmológica e alcançar os objetivos da iniciativa Visão global 2020. A importância de fortalecer a atenção oftalmológica no nível de atenção primária foi enfatizada, assim como a necessidade de fortalecer a infraestrutura e os recursos humanos para atenção oftalmológica. Os delegados destacaram o impacto para a saúde oftalmológica do envelhecimento populacional e a prevalência crescente do diabetes e outras doenças não transmissíveis. Os delegados também salientaram a importância da triagem precoce para detectar retinopatia em crianças. Foi ressaltada a importância das parcerias e cooperação técnica entre países para a atenção oftalmológica e prevenção da cegueira. Vários delegados mencionaram que os cidadãos dos seus países haviam recebido assistência através do programa cubano–venezuelano de cirurgia ocular *Misión Milagro* e agradeceram aos governos de Cuba e Venezuela. Um delegado sugeriu que a OPAS deveria fornecer os recursos para apoiar e fortalecer o programa para que pudesse servir mais países.

132. O delegado de Cuba disse que o Programa *Misión Milagro* havia sido lançado pelo seu país em colaboração com a Venezuela em julho de 2004. O programa havia começado na Venezuela e posteriormente foi estendido a 33 países das Américas e África. Mais de 1,6 milhão de pacientes havia passado por cirurgia ocular, principalmente para corrigir catarata; cerca de 268 mil destes pacientes haviam viajado a Cuba para a cirurgia e o transporte, alimentação, alojamento e atenção médica haviam sido fornecidos gratuitamente. O restante havia passado por cirurgia, realizada por médicos cubanos, nos próprios países. O sucesso do programa mostrou que o problema da cegueira evitável poderia ser em grande parte eliminado.

133. O dr. José Luis Di Fabio (gerente, Tecnologia, Assistência de Saúde e Pesquisa) afirmou que a cegueira evitável fazia parte da agenda inconclusa dos problemas de saúde que poderiam ser prevenidos ou curados com tecnologia atualmente disponível, e que o plano de ação, em combinação com trabalho da Organização em doenças negligenciadas como tracoma e oncocercose, permitiria o progresso rápido para sua eliminação. Estava claro que era importante basear-se nas iniciativas internacionais como Visão 2020 e promover a troca de experiências e cooperação entre países mediante programas como *Misión Milagro*, que efetivamente haviam causado um significativo impacto na prevalência da cegueira evitável na Região. Ele agradeceu os delegados por partilhar informação sobre as iniciativas em andamento em seus países e disse que a OPAS teria prazer em divulgar tal informação no seu website para disponibilizá-la mais facilmente a outros países.

134. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R11, aprovando o plano de ação.

Saúde familiar e comunitária (Documento CD49/20)

135. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) disse que o Comitê Executivo havia recebido favoravelmente a inclusão do tema da saúde familiar e comunitária na agenda dos Órgãos Diretivos em 2009. O Comitê havia destacado a natureza multissetorial do tema. Os delegados haviam ressaltado a importância de fortalecer os serviços de saúde para responder às necessidades específicas de indivíduos em diferentes etapas da vida e no contexto de suas famílias e comunidades, e também havia enfatizado a importância do fortalecimento de serviços de prevenção de saúde através de equipes multidisciplinares de profissionais da saúde. O enfoque da saúde familiar e comunitária era considerado como sendo particularmente importante para a prevenção e o controle de doenças crônicas não transmissíveis, e havia sido sugerido que o Objetivo Estratégico 3 do Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 deveria ser incluído entre os objetivos que seriam fortalecidos e apoiados pelo trabalho a ser realizado nesta área. Também havia sido sugerido que tanto o documento como o projeto de resolução sobre este tema deveriam reconhecer a importância de enfoques interculturais e de gênero nos serviços de saúde familiar e comunitária.

136. O Conselho expressou concordância geral com o documento conceitual (Documento CD49/20). O enfoque de saúde familiar e comunitária era considerado um aspecto-chave da estratégia de atenção primária à saúde, do desenvolvimento de redes integradas de prestação de serviços de saúde e do avanço da cobertura universal de saúde. Vários delegados comentaram que a implementação com êxito do enfoque de saúde familiar e comunitária requereria uma mudança fundamental no modelo de assistência de saúde e na filosofia da prestação de assistência de saúde, e que também requereria o fortalecimento da infraestrutura sanitária e capacidade de resposta no nível de atenção primária. Para esta finalidade, considerava-se necessário fornecer incentivos para estimular os profissionais da saúde a optarem por carreiras em medicina familiar e comunitária e promover maior reconhecimento social e compensações econômicas para tais profissionais. Havia sido sugerido que o documento conceitual deveria discutir as qualificações exigidas para os médicos que trabalhavam em serviços de saúde familiar e comunitária e que estas qualificações deveriam ser incorporadas nos currículos das faculdades de medicina. Uma representante da Federação Internacional de Associações de Estudantes de Medicina afirmou que as carreiras na atenção primária à saúde, particularmente nas áreas rurais ou subatendidas, com frequência eram consideradas pouco atraentes por causa da baixa remuneração e pouca oportunidade de ascensão profissional. Ela sugeriu que a participação dos estudantes de medicina nos projetos de atenção à saúde comunitária em etapas mais precoces da sua educação ajudaria a suprir as necessidades locais de assistência de saúde e a formar a capacidade necessária. Tal experiência prática de trabalho também proporcionara as qualificações que não eram facilmente ensinadas em um ambiente hospitalar.

137. Alguns delegados acharam que o documento e o projeto de resolução sobre este item deveriam dar mais ênfase a ações específicas necessárias para abordar os determinantes socioeconômicos da saúde, em particular o isolamento, a exclusão e a pobreza, e deveriam se centrar mais em áreas programáticas dentro da área de família e comunidade que eram fundamentais para o avanço das Metas de Desenvolvimento do Milênio. Um delegado sugeriu que o parágrafo 12(e) do documento deveria focar a saúde geral em termos psicossociais em vez de nos aspectos puramente biomédicos da saúde física e mental. Uma outra delegada salientou a necessidade de considerar a saúde como um processo contínuo do recém-nascido ao idoso. Vários delegados afirmaram que a saúde e o acesso à assistência de saúde deveriam ser considerados como direitos, e alguns observaram que as suas constituições nacionais honravam o direito à saúde.

138. Os delegados expuseram as medidas sendo tomadas pelos seus países para implementar o enfoque de saúde familiar e comunitária e destacaram características específicas do enfoque que eram consideradas especialmente importantes nos seus contextos nacionais. Diversos delegados salientaram a necessidade de identificar e abordar, através de ação intersetorial, os determinantes sociais, ambientais e comportamentais da saúde. A colaboração entre os setores da saúde e da educação ao promover os hábitos e estilos de vida saudáveis era considerada especialmente importante. Foi também destacada a importância de identificar riscos e abordar as mudanças nos fatores de risco que ocorriam no curso da vida de uma pessoa.

139. Muitos delegados também enfatizaram a necessidade de garantir o acesso universal e a cobertura dos serviços de saúde. Assinalou-se que os programas comunitários de saúde deveriam aplicar um enfoque intercultural que levava em consideração as distintas necessidades de diferentes grupos étnicos e culturas, com devido respeito às populações indígenas e sua medicina tradicional. A importância de uma perspectiva de gênero foi também ressaltada. Vários delegados salientaram a necessidade de um enfoque integrado, abrangente e multidisciplinar aos serviços de saúde familiar e comunitária. Vários delegados expuseram os enfoques de equipe à assistência de saúde que estava sendo tentados com bom resultado nos seus países. Alguns delegados mencionaram a necessidade de mais atenção às necessidades especiais dos idosos, homens e crianças entre 9 e 12 anos. Foi também considerado importante abordar os problemas de saúde enfrentados por crianças de rua, assim como os efeitos da migração, violência, abuso de substâncias e o comércio de drogas ilícitas para a saúde de indivíduos, famílias e comunidades. Vários delegados solicitaram atenção especial para estabelecer clínicas de atenção primária, programas de prevenção e serviços de assistência domiciliar. Muitos deles também ressaltaram a necessidade de maior atenção às doenças crônicas não transmissíveis no nível de atenção primária. A importância da prevenção de doenças e promoção da saúde e da participação comunitária nestas atividades foi destacada.

140. A dra. Gina Tambini (gerente, Saúde Familiar e Comunitária, OPAS) disse que era um grande incentivo ouvir como os países estavam respondendo aos desafios que tinham de enfrentar nos seus esforços para melhorar seus serviços de saúde familiar e comunitária. O enfoque de saúde familiar e comunitária se baseava no conceito da saúde como um direito humano. Reconhecia a necessidade de os serviços de saúde serem centrados nas pessoas e de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais de saúde. Também reconhecia a necessidade de enfoques interculturais, ação intersetorial e outras características destacadas pelos delegados. De fato, a necessidade de ação intersetorial estava refletida no próprio o trabalho da Repartição neste tema, que envolvia pessoal em diversas áreas programáticas. A Repartição estava plenamente comprometida em apoiar os Estados Membros ao enfrentar os desafios de transformar seus sistemas de saúde e implementar modelos mais integrados e abrangentes de atenção.

141. A sra. Daisy Mafubelu (subdiretora geral, Saúde Familiar e Comunitária, OMS) disse que, na sua opinião, o enfoque de saúde familiar e comunitária era essencial para o cumprimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio, principalmente as Metas 4, 5 e 6 e, portanto, ela incentivava todos os países a adotar modelos de assistência de saúde baseados na saúde familiar e comunitária.

142. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R13 sobre o tema.

Fundo Rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde para a Compra de Vacinas (Documento CD49/21)

143. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que este tema havia sido debatido tanto pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração como pelo Comitê Executivo a pedido de um representante de um Estado Membro, que havia salientado a necessidade de examinar como o Fundo Rotativo da OPAS se encaixava na nova arquitetura global de saúde e principalmente sua relação com a Aliança GAVI. Ele havia destacado a necessidade de assegurar que Fundo Rotativo e a GAVI não trabalhassem com finalidades opostas. Alguns membros do Subcomitê haviam questionado o valor de uma discussão do Fundo Rotativo pelos Órgãos Diretivos da OPAS, uma vez que, na opinião deles, o Fundo havia sido, e continuava sendo, satisfatório. Porém, havia sido assinalado que parecia haver algumas nuances no assunto que não eram claras a todos os Estados Membros, e que tal debate poderia trazer maior transparência e clareza em relação às questões envolvidas. Portanto, havia-se concordado que o assunto seria posto na agenda do Comitê Executivo; que um debate técnico informal seria realizado fora da sessão formal com participação de outros parceiros, inclusive representantes da GAVI; e que o tema seria posteriormente tratado pelo Comitê Executivo em sessão formal. Um relatório da discussão técnica foi anexado ao relatório anual do Comitê Executivo (Documento CD49/2).

144. A discussão do Comitê Executivo sobre o assunto havia se concentrado em particular nos diversos tipos de vacinas conjugadas pneumocócicas e em alguns problemas que tinham surgido com respeito ao acesso à vacina pelos países qualificados à ajuda da GAVI nas Américas. O Comitê havia sido informado que, com o objetivo de superar alguns obstáculos em relação à execução do mecanismo de Compromisso Antecipado de Mercado, a Diretora da OPAS havia declarado uma moratória nas compras de vacina conjugada pneumocócica 10-valente, a vacina selecionada para o piloto de Compromisso Antecipado de Mercado. A Diretora também havia estabelecido um Grupo de Trabalho da OPAS/GAVI para buscar maneiras de garantir o acesso à vacina pneumocócica a todos os países da Região.

145. Os membros do Comitê Executivo haviam afirmado seu apoio ao Fundo Rotativo e salientado a importância de garantir o acesso equitativo a medicamentos e vacinas de alta qualidade ao menor preço do mercado a todos os programas públicos de vacinação nos Estados Membros. Foi enfatizada a importância do Fundo Rotativo como um mecanismo de cooperação que facilitava a introdução de novas vacinas de alta qualidade.

146. Na discussão do Conselho Diretor sobre o item, os delegados expressaram apoio inequívoco ao Fundo Rotativo e se opuseram a qualquer tentativa de enfraquecê-lo ou minar os princípios de solidariedade e pan-americanismo no qual foi fundado. Os delegados também expressaram firme oposição a qualquer ação que pudesse interferir com a capacidade do Fundo de obter as vacinas ao menor preço do mercado. Assinalou-se que o Fundo permitia os Estados pequenos tirar proveito da economia de escala que resultava da aquisição de grande quantidade de vacinas. Também se assinalou que o Fundo não apenas propiciava acesso oportuno a vacinas a preços acessíveis, mas também assegurava que as vacinas compradas eram de alta qualidade. Foi destacado o papel do Fundo de facilitar a introdução de novas vacinas. Vários delegados observaram que os programas públicos de vacinação de seus países dependiam inteiramente do Fundo Rotativo para a compra de vacinas.

147. A delegada de Jamaica disse que, na sub-região do Caribe, uma parcela significativa das vacinas administradas pelo setor privado era obtida dos governos, que adquiriam as vacinas através do Fundo Rotativo. Ela enfatizou que a compra competitiva e consolidação dos pedidos de vacina através do Fundo haviam ajudado a manter os preços das vacinas acessíveis para os países do Caribe, que não eram grandes compradores e assim não estavam em posição de negociar competitivamente com fabricantes de vacinas por conta própria. Ela também assinalou que outro benefício do Fundo Rotativo era sua capacidade de responder rapidamente a pedidos urgentes de vacina por causa dos contratos estabelecidos com os fornecedores. Além disso, havia facilitado empréstimos de emergência de vacinas entre os países porque eles estavam seguros de que empréstimos de provisões de vacina rapidamente seriam repostos através do Fundo. O delegado da Argentina assinalou que o Fundo não apenas havia facilitado o

acesso equitativo a vacinas de qualidade a preços acessíveis, mas também havia ajudado a fortalecer os sistemas de vigilância epidemiológica, redes de laboratórios e vigilância de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI). Ele também informou que os ministros da Saúde da União das Nações Sul-Americanas (UNASUR), em reunião realizada no Equador em agosto de 2009, haviam requerido o fortalecimento do Fundo Rotativo como principal estratégia para a negociação e compra de vacinas para a Região, incluindo em especial a vacina para influenza A (H1N1).

148. Diversos delegados assinalaram que o Fundo Rotativo teria um papel crucial a desempenhar ao assegurar a disponibilidade e acessibilidade da vacina para H1N1. A delegada de El Salvador, apoiada por outros delegados, ressaltou que a pandemia de influenza deveria ser vista como um problema de toda a humanidade e que a solidariedade, não a capacidade de pagamento, deveria ser o princípio norteador das ações tomadas em resposta a ela, inclusive os que afetavam a disponibilidade e o preço da vacina. Ela também sugeriu que a OPAS deveria convocar uma reunião de alto escalão para analisar as características de produção de vacina e buscar maneiras de reduzir o alto custo das vacinas nos orçamentos dos países da Região.

149. Os delegados do Canadá e dos Estados Unidos, observando que os seus países eram membros da Aliança GAVI, consideravam positiva a colaboração entre a OPAS e a GAVI através do Grupo de Trabalho da OPAS-GAVI e incentivavam ambas as partes a buscar um ajuste que protegeria o Fundo Rotativo e permitiria a execução oportuna do Compromisso Antecipado de Mercado. Os delegados também instaram a OPAS a apoiar a transferência de tecnologia e outras medidas que impulsionariam a capacidade de produção de vacina nos países da Região.

150. A dra. Socorro Gross (subdiretora, RSPA) agradeceu os delegados pelas manifestações de apoio ao Fundo Rotativo e disse que a Organização estava comprometida com a manutenção e o fortalecimento do Fundo e de seus princípios básicos de solidariedade, pan-americanismo, qualidade e acessibilidade. Ela assegurou ao Conselho que a OPAS e a GAVI estavam trabalhando em conjunto em um espírito de respeito mútuo e colaboração com o objetivo comum de garantir o acesso a vacinas a todas as crianças e adultos que necessitavam delas.

151. A sra. Daisy Mafubelu (subdiretora geral, Saúde Familiar e Comunitária, OMS) elogiou os Estados Membros da Região pela sua liderança na área de imunização, como manifestado, por exemplo, na eliminação do sarampo, um sucesso que as outras regiões da OMS estavam se esforçando para igualar. A OMS era membro do Grupo de Trabalho da OPAS-GAVI e continuaria a trabalhar para encontrar maneiras amistosas de tratar as questões sob discussão e, ao mesmo tempo, assegurar os avanços da Região para o controle de doenças evitáveis com vacinação.

152. A Diretora disse que a celebração do 30º aniversário do Fundo Rotativo proporcionaria uma oportunidade de refletir sobre o futuro do Fundo e seu papel ao enfrentar os desafios surgidos com o advento de novas vacinas caras que poderiam facilmente duplicar ou triplicar os orçamentos de imunização dos países. Ela pretendia propor este assunto como um tópico para discussão pelos Órgãos Diretivos em 2010. A OPAS estava trabalhando ativamente na questão da transferência de tecnologia e aperfeiçoamento da capacidade de produção de vacinas e havia muito apoiava parcerias público-privadas para esta finalidade. Através do Sistema Regional de Vacinas (SIREVA) também contribuía ao desenvolvimento de novas vacinas, apoiava estudos clínicos e participava da vigilância pós-comercialização das vacinas. Ela afirmou que a OPAS continuaria a trabalhar com a Aliança de GAVI no sentido de alcançar a meta comum de imunização universal.

153. O Conselho tomou nota do relatório sobre o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas da OPAS.

Mesa redonda sobre hospitais seguros (Documentos CD49/22 e CD49/22, Add. I)

154. Foi convocada uma mesa-redonda para permitir aos países partilhar suas opiniões sobre o tema de hospitais seguros. O dr. Jean-Luc Poncelet (gerente, Prontidão para Emergência e Assistência em Caso de Desastres, RSPA) abriu a discussão, observando que, até 1985, quando um hospital na cidade do México foi destruído por um terremoto, havia sido dada pouca atenção à questão de como manter os hospitais seguros em caso de desastre. Havia ocorrido grandes mudanças desde então, pois os países haviam percebido que tais desastres em hospitais poderiam ser evitados. Alguns países já haviam indicado que era possível proteger os hospitais. Contudo, havia ainda muitos casos de interrupção dos serviços hospitalares sob a pressão de um grande desastre. Os hospitais seguros haviam sido o tema do Dia Mundial da Saúde de 2009 e o tópico da mesa-redonda havia sido escolhido para aprofundar mais na questão.

155. O dr. Claude de Ville de Goyet (consultor de Prontidão para Situações de Emergência de Saúde Pública) em seguida fez um discurso de abertura em que realçou que a segurança dos hospitais era mais que uma questão médica, era também uma questão econômica, social e política. Muitos dos hospitais em áreas altamente vulneráveis haviam ficado totalmente inoperantes como resultado de catástrofes naturais, aliado a deficiências de material humano e planejamento deficiente. A tragédia do hospital da cidade do México em 1985 havia sido um momento decisivo para a mudança no enfoque da comunidade internacional de saúde para a segurança dos hospitais. Havia ficado claro que a prontidão para casos de desastre implicava mais que o treinamento do pessoal para resposta a desastres e tratamento de feridos em massa; era também necessário garantir a segurança da estrutura física dos hospitais. Outras lições haviam sido aprendidas em desastres posteriores, inclusive em casos de furacões, terremotos e inundações.

156. Definindo um hospital seguro como aquele que teria condições de seguir operando ou mesmo de ampliar sua capacidade diante de um desastre, o dr. Claude de Ville de Goyet resumiu alguns dos principais aspectos a serem considerados em esforços para assegurar que hospitais consigam cumprir esta norma, como conduzir uma análise das vulnerabilidades usando o índice de segurança desenvolvido pela OPAS. Ele também discutiu os fatores a serem considerados ao construir novas instalações e ao decidir por modernizar ou não hospitais antigos. O custo do projeto de instalações novas resistentes a desastres era moderado se planejado nas etapas iniciais. A modernização de instalações existentes nem sempre era uma medida econômica, visto que o seu custo poderia ser de até 40% do valor de substituir por instalações novas. Além disso, o retorno político e de saúde pública da inauguração de um novo hospital poderia ser superior ao de modernizar dois ou três estabelecimentos existentes. Ele concluiu a sua apresentação expondo o progresso feito nas Américas e as lições aprendidas, em particular a de um enfoque por partes para a gestão de risco não funcionava, que a segurança dos hospitais não era apenas uma questão de controle de emergência mas também uma questão de desenvolvimento sustentável, e que os ministérios da Saúde deveriam encabeçar o processo de redução de riscos.

157. Os delegados então participaram de um dos três painéis de debate. O Painel 1 debateu a seguinte questão: “Como conseguir financiamento para melhorar a segurança dos hospitais?”. O Painel 2 debateu as lições aprendidas na execução de hospitais nacionais seguros e o Painel 3 tratou da questão de quem é de fato responsável pela proteção dos hospitais em caso de desastre.

158. O dr. Poncelet apresentou o relatório final dos grupos de discussão. Ele introduziu o seu relatório se referindo a uma notícia recente sobre o desmoronamento de um hospital em Padang, Indonésia, causado por um terremoto. Este incidente servia com uma lembrança oportuna da importância das questões discutidas durante a mesa-redonda.

159. Resumindo as conclusões dos painéis de debate, ele disse que haviam surgido três pontos principais: (1) havia consenso quanto aos princípios básicos de hospitais seguros; (2) houve progresso na Região, mas como este progresso não ficaria evidente a menos que houvesse um desastre, era importante divulgar os sucessos; e (3) era essencial passar da teoria à prática ao implementar projetos que eram comprovadamente viáveis. Os participantes haviam ressaltado a importância de medir o impacto dos desastres não apenas em termos econômicos, mas também em termos sociais, em particular o custo social da interrupção prolongada dos serviços. Eles haviam assinalado que a modernização precisava ser muito seletiva, mas era preciso fazê-la. Fundos para esta finalidade existiam, principalmente do orçamento público, mas as prioridades precisavam ser estabelecidas para assegurar que fundos seriam usados criteriosamente.

160. Os três painéis haviam enfatizado a necessidade de compromisso político de alto nível e ressaltado que os ministérios da Saúde deveriam encabeçar as iniciativas de hospitais seguros, embora outros ministérios também deveriam participar. Dentro dos ministérios da Saúde, todos os departamentos deveriam participar, não apenas o departamento de prontidão para casos de desastre. O Índice de Segurança de Hospitais havia sido reconhecido como uma ferramenta muito útil e países haviam sido incentivados a aplicá-la sistematicamente nos serviços de saúde em todos os níveis. Havia sido enfatizado que deveria ser documentado o desempenho dos hospitais nas situações de desastre para identificar os sucessos e para destacar as perdas como resultado da falta de hospitais seguros. Por fim, os participantes da mesa-redonda haviam recomendado que o Conselho deveria instar a OPAS a intensificar seus esforços e seu papel de defesa de causas para incentivar os governos a executar as práticas e os procedimentos para tornar os hospitais mais seguros; instar os Estados Membros, com o apoio da OPAS, a elaborar planos de trabalho nacionais visando atingir a meta de hospitais seguros; e solicitar que a Repartição preparasse um relatório regional de progresso a ser apresentado ao Conselho Diretor em 2010.

161. O relatório completo sobre as deliberações e conclusões da mesa-redonda pode ser encontrado no Documento CD49/22, Add. I.

162. O Conselho tomou nota do relatório sobre a mesa-redonda.

Debate-painel sobre a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e pelo Desenvolvimento para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Documentos CD49/23, Rev. 1 e CD49/23, Add. I)

163. O painel de debates foi moderado pela sra. Sara Ferrer Olivella (Fundo do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e Espanha para consecução dos ODM). Os painelistas foram o dr. Oscar Ugarte Ubilluz (ministro da Saúde, Peru), o sr. Pedro Medrano (diretor Regional para América Latina e Caribe, Programa Mundial de Alimentos), o sr. Ricardo Uauy (presidente, União Internacional de Ciências da Nutrição) e a dra. Mirta Roses Periago (diretora, RSPA). O dr. Ugarte Ubilluz fez uma apresentação sobre a abordagem adotada pelo Peru para combater a taxa muito alta de desnutrição do país. A Diretora descreveu as bases conceituais da Aliança e o sr. Medrano falou da importância de um enfoque interinstitucional aos problemas da desnutrição. O sr. Uauy discutiu os determinantes sociais, biológicos e econômicos da nutrição materna e infantil.

164. Comentando sobre as apresentações, a sra. Joy Phumaphi (vice-presidente de Desenvolvimento Humano, Banco Mundial) ressaltou que a prevenção e o controle das deficiências nutricionais não haviam avançado muito até o presente; a sra. Carmen María Gallardo Hernandez (vice-presidente, Conselho Econômico e Social das Nações Unidas) destacou a necessidade de integrar os setores da saúde, educação, habitação e outros

setores no diálogo intergovernamental sobre nutrição; e o sr. David Oot (vice-presidente adjunto, Programa Internacional, Save the Children) enfatizou que muitos determinantes da saúde ficavam fora do alcance das intervenções do setor da saúde e daí a importância da Aliança ao integrar os diversos setores.

165. No debate plenário que se seguiu, os membros do Conselho Diretor receberam favoravelmente a criação da Aliança Pan-Americana pela Nutrição e Desenvolvimento. Vários delegados expuseram os esforços de seus países para enfrentar as questões de nutrição e a maioria observou que eles estavam adotando um enfoque multisetorial para o combate à desnutrição. Informou-se que mesmo em países onde os indicadores para a situação nutricional eram satisfatórios, medidas estavam sendo tomadas para garantir a nutrição dos grupos vulneráveis como crianças, idosos e mulheres grávidas. Vários delegados deram ênfase particular às questões relativas à amamentação, incluindo a promoção da amamentação exclusiva, necessidade de tomar providências para permitir as mães lactantes amamentar seus filhos no local de trabalho ou educação e controle da comercialização de substitutos do leite materno.

166. Alguns delegados observaram que a situação nutricional dos países havia piorado como o resultado da crise econômica e dos efeitos da mudança climática. Um delegado acrescentou que parte dos problemas nutricionais da Região surgiu do fracasso de estimular a agricultura local, particularmente no contexto de importações de alimentos baratos de países cujos governos subsidiavam a indústria agrícola. Vários delegados referiram a problemas de obesidade nas suas populações, particularmente entre os adolescentes, e sugeriram que a Aliança poderia ter um papel importante a desempenhar ao promover hábitos alimentares mais saudáveis.

167. Um relatório sobre o debate foi posteriormente entregue pela dra. Gina Tambini (gerente, Saúde Familiar e Comunitária, RSPA), que resumia as contribuições dos painelistas e delegações. Este relatório pode ser encontrado no Documento CD49/23, Add. I.

Assuntos administrativos e financeiros

Relatório sobre a arrecadação de cotas (Documentos CD49/24 e CD49/24, Add. I)

168. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado que a arrecadação combinada de cotas atrasadas e de contribuições do ano corrente em 15 de junho de 2009 havia totalizado \$38 milhões, que era a terceira menor arrecadação dos últimos 10 anos. Dezenove Estados Membros haviam efetuado o pagamento de cotas passadas ou atuais, 12 Estados Membros pagaram integralmente suas contribuições de 2009, todos os Estados Membros com pagamentos parcelados estavam cumprindo os planos e somente um Estado Membro estava

potencialmente sujeito a restrições de voto de acordo com o Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

169. A sra. Sharon Frahler (gerente, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) agradeceu aos Estados Membros pelo pagamento contínuo das cotas, observando que a arrecadação oportuna das contribuições evitava interrupção dos programas de cooperação técnica da OPAS. Ela explicou que o Documento CD49/24 mostrava a situação das cotas em 31 de julho de 2009, e o Documento CD49/24, Add. I atualizava as informações até 21 de setembro de 2009. Desde a preparação deste último documento, haviam sido recebidos mais dois pagamentos: \$199.874 de Porto Rico e \$1.482.123 do Brasil.

170. A contribuição total para 2009 até o presente era de \$43,6 milhões, 46% do total para o ano que era de \$95,7 milhões. O pagamento total de atrasados até o momento era de \$25,1 milhões, que havia reduzido o saldo pendente de atrasados para \$6 milhões. Portanto, o pagamento combinado de contribuições atrasadas e das contribuições anuais atuais era de \$69 milhões, em comparação com \$53 milhões em 2008 e \$79 milhões em 2007.

171. Ao todo, 19 Estados Membros haviam pagado integralmente suas cotas para 2009, oito Estados Membros efetuaram pagamentos parciais e 12 não efetuaram pagamento para o ano atual. O Secretariado da OPAS continuava acompanhando de perto os Estados Membros com respeito aos pagamentos pendentes. À abertura do 49º Conselho Diretor, nenhum Estado Membro estava sujeito às disposições do Artigo 6.B da Constituição da OPAS.

172. O Conselho tomou nota das informações fornecidas sobre a arrecadação das cotas de contribuição.

Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008 (*Documento oficial 335*)

173. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado pela sra. Sharon Frahler (gerente, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) que, em 2008, a Organização havia recebido um total de \$100,1 milhões em cotas atuais e de anos anteriores, assim como \$16,1 milhões em receitas diversas e \$3 milhões anteriormente emprestados ao Fundo Rotativo para Compra de Vacinas. Depois de deduzidos \$94 milhões em gastos do orçamento para programas e \$5,6 milhões alocados ao Fundo de Equalização Tributária, o excedente de receita em relação aos gastos para 2008 havia sido de \$19,6 milhões. Porém, este valor não refletia cerca de \$11 milhão em obrigações de 2008 que seriam executadas em 2009. Ao todo, 24 Estados Membros haviam pagado integralmente suas cotas de contribuição de 2008, oito efetuaram pagamentos parciais e sete não efetuaram o pagamento para

2008. O balanço pendente das cotas no dia 31 de dezembro de 2008 havia sido de \$31 milhões.

174. A sra. Frahler também havia observado que as atividades de compras da Organização em nome dos Estados Membros haviam aumentado substancialmente havia alguns anos. Em 2008, a OPAS havia recebido \$48 milhões para provisões estratégicas de saúde pública a ser adquiridas via o Fundo Estratégico e o Fundo de Compras Reembolsáveis, um aumento de 56% em relação ao valor correspondente para 2006 e \$322 milhões para a compra de vacinas e seringas através do Fundo Rotativo, um aumento de 58%. A receita do fundo de reserva havia totalizado \$165 milhões para 2008 e a receita de outros fundos da OPAS era de \$30 milhões. A alocação bienal da OMS à Região das Américas havia totalizado \$81,5 milhões, dos quais a OPAS havia executado \$37 milhões ao final de 2008. Também havia executado \$27 milhões de fundos voluntários da OMS e de outros tipos de fundos. Os gastos gerais de 2008 da OPAS haviam sido de \$679 milhões, com compras de vacinas e seringas através da conta do Fundo Rotativo de quase a metade desta quantia. Os gastos orçamentários ordinários haviam totalizado \$94 milhões.

175. A sra. Frahler também havia informado sobre a situação financeira do Centro de Epidemiologia do Caribe (CAREC), Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP) e Instituto Caribenho de Alimentação e Nutrição (CFNI). Ela havia descrito a situação financeira do CAREC e INCAP como sólida, com receita superior aos gastos em 2008 para ambos os centros. O CFNI também havia tido excedente de receita em relação aos gastos, mas havia acumulado um déficit no seu fundo de capital de giro, que estava sendo financiado pela OPAS. Depois do resultado de êxito de 2008, este déficit havia diminuído a cerca de \$268 mil.

176. Após a exposição da representante do Comitê Executivo, a sra. Frahler agradeceu aos Estados Membros pelo seu apoio à OPAS, como manifestado pelo pagamento das suas cotas de contribuição. Ela também expressou o agradecimento da Organização à dra. Chan e à OMS pela alocação do ano anterior à Região das Américas, que havia sido o nível mais elevado de financiamento já recebido pela OPAS da OMS.

177. O Conselho tomou nota do relatório financeiro parcial.

Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras (Documento CD49/25)

178. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado de várias alterações propostas no Regulamento Financeiro e Regras Financeiras da Organização pela sra. Sharon Frahler (gerente, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA), que havia explicado que as alterações eram necessárias

por causa da introdução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público e conseqüente transição de contabilidade pelo regime de competência modificado e regime de caixa para contabilidade pelo regime pleno de competência. Na discussão do Comitê sobre este tema, uma delegada havia observado que a mudança proposta ao Regulamento 4.6, dando ao Diretor autoridade de decidir transferir um excedente de receita para períodos posteriores, não incluiu a participação dos Órgãos Diretivos e ela havia sugerido que “sujeito à aprovação do Comitê Executivo” deveria ser acrescentado ao final da primeira sentença.

179. A sra. Frahler havia explicado que “excedente de receita” era um novo conceito, que se referia, por exemplo, a uma renda maior que a esperado nos investimentos da Organização, e que o objetivo da mudança proposta no Regulamento 4.6 era utilizar tais receitas extras para financiar as partes sem financiamento do Plano Estratégico. Para permitir a execução rápida, propôs-se que a Diretora deveria ter autoridade para decidir como alocar tais receitas excedentes, a fim de que os fundos pudessem ser usados a partir de janeiro. Ela acrescentou que se fosse necessário apresentar o assunto ao Comitê Executivo, que em geral se reunia em junho, a execução poderia ser postergada por até seis meses.

180. A Diretora havia então sugerido que, como uma opção para obter autorização do Comitê Executivo para o uso das receitas excedentes, tal autorização poderia ser obtida do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, para que a implementação de qualquer atividade financiada pela receita excedente pudesse começar em março.

181. O Comitê Executivo havia aceitado esta proposta, e a mudança correspondente havia sido incorporada na versão do Regulamento 4.6 que constava do Documento CD49/25. O Comitê havia adotado a Resolução CE144.R17, recomendando que o 49º Conselho Diretor aprovasse as mudanças propostas ao Regulamento Financeiro.

182. A sra. Frahler, recordando que muitas das mudanças haviam sido necessárias com a adoção das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público, disse que se esperava que as novas normas estivessem plenamente implementadas até 1º de janeiro de 2010.

183. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R1, aprovando as mudanças propostas ao Regulamento Financeiro.

184. As resultantes revisões propostas às Regras Financeiras eram posteriormente adotadas pelo Comitê Executivo (Resolução CE145.R1), que se reuniu logo depois do encerramento do 49º Conselho Diretor.

Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria (Documento CD49/26)

185. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia discutido os termos de referência propostos do Comitê de Auditoria em junho de 2009. Uma versão anterior dos termos de referência havia sido examinada pelo Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração em março e revisado atendendo às observações dos Estados Membros. Havia sido explicado que o objetivo de estabelecer um comitê de auditoria era implementar as recomendações dos auditores externos da Organização ao implantar uma estrutura de governança que representasse as boas práticas internacionais. Especificamente, a finalidade do comitê de auditoria proposto era atuar como um comitê consultivo de especialistas para ajudar o Diretor e os Estados Membros, através do Comitê Executivo, fornecendo uma avaliação independente e assessoria sobre o funcionamento dos controles financeiros e estruturas de registro da Organização, seus processos de gestão de risco e a adequação de seus sistemas de controle interno e externo.

186. O Comitê Executivo havia manifestado apoio para os termos de referência revisados, e havia adotado, com duas pequenas emendas, a Resolução CE144.R1, recomendando que o 49º Conselho Diretor estabelecesse o Comitê de Auditoria e aprovasse seus termos de referência.

187. A Diretora recordou que o estabelecimento de um comitê de auditoria havia sido uma das recomendações do Grupo de Trabalho para a OPAS no século XXI, e ela acreditava que iria melhorar a transparência e apoiar a gestão baseada em resultados, assim como alinharia a OPAS com a prática de outras organizações internacionais, inclusive a OMS. Ela também anunciou que, após uma longa busca, a Organização havia contratado os serviços de um auditor geral, o sr. David O'Regan, diminuindo assim uma preocupação reiterada pelos Órgãos Diretivos.

188. Na discussão que se seguiu, a criação do comitê de auditoria e a nomeação do auditor geral foram recebidas com satisfação. Uma delegada observou que o comitê de auditoria ajudaria os Estados Membros a exercer suas responsabilidades de governança diante da Organização.

189. O Conselho Diretor aprovou a Resolução CD49.R2, estabelecendo o comitê de auditoria e aprovando os seus termos de referência.

Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana (CD49/27)

190. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia respaldado uma emenda proposta ao Regulamento do Pessoal

11.2, referente à resolução de disputas contratuais entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e membros do pessoal da RSPA e havia também estabelecido os salários do Diretor Adjunto e Subdiretor, a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2009. O Comitê havia recomendado que o Conselho Diretor aprovasse a emenda proposta ao Regulamento do Pessoal 11.2 e estabelecesse o salário anual bruto do Diretor em \$194.820.

191. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R21, estabelecendo o salário do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2009 e aprovando uma emenda ao Regulamento do Pessoal 11.2, referente à resolução de disputas contratuais entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e membros do pessoal da RSPA.

Seleção de Estados Membros para fazer parte de conselhos ou comitês

Seleção de um Estado Membro da região das Américas facultado a designar uma pessoa para participar da Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), devido ao término do mandato do Brasil (Documento CD49/28)

192. O Conselho selecionou o Equador como o Estado Membro com direito a indicar uma pessoa para participar do Comitê de Coordenação Conjunta (Decisão CD49[D5]).

Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito de designar um representante no Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS, devido ao término dos mandatos da Argentina e do México (Documento CD49/29)

193. O Conselho selecionou a Guatemala e Paraguai como os Estados Membros com direito a indicar um representante ao Comitê (Decisão CD49[D6]).

Eleição de cinco membros não permanentes do Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) (Documento CD49/30)

194. O Conselho elegeu a Argentina, Chile, República Dominicana, Jamaica e México para participar do Comitê Assessor de BIREME. Para fazer o escalonamento requerido dos mandatos, o Conselho decidiu, por sorteio de grupos, que a Argentina, Chile e República Dominicana serviriam por três anos e que a Jamaica e o México serviriam por dois anos.

195. O Conselho aprovou a Resolução CD49.R6 sobre este tema.

Prêmios

Prêmio OPAS em Administração 2009 (Documento CD49/31)

196. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado que o Júri do Prêmio OPAS em Administração 2008 havia se reunido durante a 144ª Sessão do Comitê e decidido que o prêmio deveria ser concedido à dra. Merceline Dahl-Regis, das Bahamas, para sua contribuição para a gestão de assistência de saúde e pesquisa e para a educação médica em atenção primária à saúde, assim como por sua liderança ao institucionalizar a vigilância de saúde pública em todas as Bahamas e ao avaliar e redefinir os parâmetros para a Cooperação para a Saúde no Caribe. O Comitê Executivo havia felicitado a dra. Dahl-Regis e aprovado a Resolução CE144.R22, observando a decisão do Júri e transmitindo seu relatório ao 49º Conselho Diretor.

197. A Presidente e a Diretora concederam o Prêmio OPAS em Administração à dra. Merceline Dahl-Regis. O discurso da dra. Dahl-Regis ao receber o prêmio (Documento CD49/DIV/8) pode ser encontrado no website do 49º Conselho Diretor.

198. Um delegado das Bahamas também discursou, agradecendo a OPAS pela honra concedida à dra. Dahl-Regis e às Bahamas. Ele elogiou a dedicação da dra. Dahl-Regis, observando que, com ela como responsável médica, a população das Bahamas poderia dormir em paz à noite qualquer que fossem os perigos ameaçando a saúde.

Prêmio Abraham Horwitz para Liderança em Saúde Interamericana de 2009

199. O dr. Benjamin Caballero (presidente do Conselho Deliberativo, Fundação Pan-Americana da Saúde e Educação) recordou que durante 41 anos a Fundação havia sido parceira da OPAS no fomento à meta de proteção da vida e melhoria da saúde nas Américas. Como parte deste processo, vários prêmios para a excelência na saúde pública interamericana eram concedidos todos os anos. Para 2009, o Prêmio Fred Soper à Excelência em Bibliografia de Saúde havia sido outorgado ao dr. Guilherme Luiz Guimarães Borges do México; o Prêmio Clarence H. Moore por Serviço Voluntário havia sido outorgado à Rede Transgênero da América Latina e Caribe (REDLACTRANS); e o Prêmio Pedro N. Acha para a Saúde Pública Veterinária havia sido outorgado ao dr. Ilane Hernández Morales do México. Estes prêmios foram entregues durante um jantar de premiação realizado durante a semana do Conselho Diretor.

200. O dr. Caballero anunciou que o Prêmio Abraham Horwitz para Liderança Interamericana em Saúde de 2009 havia sido outorgado ao dr. Eduardo Pretell Zárata do

Peru, coordenador regional das Américas do Conselho Internacional para Controle de Distúrbios por Deficiência de Iodo. O dr. Pretell Zárate era amplamente reconhecido como o principal especialista em distúrbios por deficiência de iodo na Região das Américas. Ele havia sido um pioneiro na identificação e prevenção das deficiências de iodo durante a gravidez, que causam dano cerebral irreversível no recém-nascido. Em toda a sua carreira, o dr. Pretell Zárate havia combinado seu notável trabalho científico com o serviço público, tendo sido ministro da Saúde do Peru de 2000 a 2001 e presidente da Academia Nacional Peruana de Medicina de 2005 a 2007.

201. O dr. Caballero, a Presidente e a Diretora concederam o Prêmio Abraham Horwitz para Liderança Interamericana em Saúde de 2009 ao dr. Eduardo Pretell Zárate. O discurso do dr. Pretell Zárate ao receber o prêmio (Documento CD49/DIV/9) pode ser encontrado no website do 49º Conselho Diretor.

Reconhecimento dos Campões de Saúde da OPAS

202. A Presidente reconheceu a Sesame Workshop como Campeão de Saúde da OPAS por seus inestimáveis esforços para promover a saúde infantil com seu celebrado programa “Vila Sésamo” e anunciou que os representantes da Sesame Workshop receberiam o Reconhecimento de Campeão de Saúde em uma cerimônia posterior. Foi projetado um vídeo mostrando recentes clipes educacionais nos quais os personagens da Vila Sésamo davam orientação relacionada com a saúde, em particular com respeito à lavagem das mãos e etiqueta para tossir e espirrar de modo adequado.

Criação do Prêmio Sérgio Arouca para Excelência em Saúde Pública

203. O dr. José Gomes Temporão (ministro da Saúde, Brasil) anunciou a criação de um prêmio para excelência em saúde pública. O prêmio será em homenagem ao médico sanitarista brasileiro Sérgio Arouca.

Assuntos de informação geral

Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão (Documento CD49/INF/1)

204. A dra. Marthelise Eersel (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia recebido com satisfação a iniciativa para formular um código de conduta global para o recrutamento internacional de pessoal da área de saúde e havia identificado várias características que deveriam constar de tal código. Havia sido enfatizado que o código precisava ser voluntário, precisava equilibrar adequadamente os interesses dos países de origem e de destino e precisava levar em consideração os fatores que motivavam os profissionais da saúde a buscar emprego fora dos seus países de

origem. Também havia sido enfatizado que o código não deveria conter disposições que poderia limitar o direito das pessoas de migrar legalmente em busca de uma vida melhor para si próprias e suas famílias. Havia sido destacada a necessidade de regulamentar as práticas dos organismos de recrutamento. Havia sido considerado importante para os países de destino criar incentivos para assegurar a suficiência e a sustentabilidade da sua força interna de trabalho da área da saúde, e havia sido salientado que os esforços dos países para lidar com a escassez de força de trabalho não deveriam aprofundar as desigualdades existentes entre os países ou prejudicar a capacidade de qualquer país de garantir o acesso à assistência de saúde para seus cidadãos. Apoio havia sido manifestado para o estabelecimento de limites para o recrutamento internacional de pessoal da área de saúde de países com considerável escassez de força de trabalho de saúde, e havia sido sugerido que tetos de migração deveriam ser fixados para certas categorias de profissionais.

205. O Comitê Executivo havia expressado preocupações com o cronograma proposto para as consultas nacionais e regionais sobre o projeto do código de conduta e havia manifestado dúvida se seria possível debater adequadamente todas as questões e chegar a um consenso antes da próxima Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2010.

206. O dr. Manuel Millar Dayrit (diretor, Departamento de Recursos Humanos para Saúde, OMS) fez um resumo do trabalho realizado desde 2004, quando a Resolução WHA57.19 da Assembleia Mundial da Saúde havia requerido, entre outras coisas, a preparação de um código de conduta. Uma versão preliminar do código havia sido apresentada à 124^a Reunião do Conselho Executivo em janeiro de 2009, mas os Estados Membros haviam considerado que outras consultas a respeito eram necessárias. Os Comitês Regionais em todas as regiões da OMS haviam considerado o assunto em 2009 e haviam se mostrado a favor da elaboração do código e de sua natureza voluntária; porém, as discussões regionais também haviam deixado claro que o código era somente uma de muitas estratégias e enfoques para abordar as questões de força de trabalho de saúde. Contudo, liderança global na questão e um código de conduta global eram considerados necessários.

207. De modo geral, o Conselho recebeu favoravelmente o conteúdo do projeto de código de conduta. Os delegados acharam que o documento poderia se aprofundar mais, mas era um bom primeiro passo. Em particular, ele procurava equilibrar os interesses tanto dos países de origem como os de destino. Foi enfatizado novamente que tanto os fatores de “atração” como os de “repulsão” que influenciavam a migração internacional do pessoal da área de saúde deveriam ser examinados e que não deveriam ser estabelecidas disposições que impedissem o direito do pessoal da área de saúde de migrar legalmente. Também foi sugerido que o código de conduta deveria tratar mais explicitamente da necessidade de assegurar que os profissionais da saúde recrutados internacionalmente tivessem as mesmas condições de trabalho que os cidadãos do país de

destino. Um delegado observou que um código de conduta voluntário para o recrutamento de profissionais de enfermagem formados no estrangeiro havia sido elaborado pelo setor privado no seu país e assinalou que tais iniciativas poderiam servir de modelo para determinados aspectos do código de conduta da OMS.

208. Sugeriu-se que o anteprojeto do código deveria conter provisões para melhor monitoramento das atividades dos organismos de recrutamento e empregadores dos profissionais da saúde recrutados internacionalmente. Ele deveria procurar limitar o recrutamento de profissionais de países que já sofriam de escassez, com disposições específicas sobre como esta escassez deveria ser medida. Os delegados sugeriram que poderiam ser fixados limites para emigração por membros de profissões específicas, levando em consideração especialmente aqueles que eram considerados prioritários ao país de origem ou, alternativamente, que deveriam ser feitas recomendações sobre como quantos anos certos profissionais precisariam trabalhar no próprio país antes de emigrar. Foi enfatizado que a implantação do código, ao ser finalizado, deveria ser monitorada e avaliada.

209. Assinalou-se que se as condições de trabalho para os profissionais da saúde em alguns países fossem melhores e mais garantidas, eles estariam mais propensos a permanecer em seu país de origem. Deste modo, considerou-se que os países deveriam examinar as causas fundamentais do porquê eles estavam perdendo seu pessoal da área de saúde e deveriam trabalhar em conjunto para eliminar deficiências específicas. Tinham de encontrar maneiras para tornar mais atrativo para os profissionais da saúde dos países em desenvolvimento permanecer em seus países de origem, respeitando ao mesmo tempo seu direito de emigrar para encontrar melhores oportunidades. Sugeriu-se que tanto os países desenvolvidos como os países em desenvolvimento deveriam formular planos das suas futuras necessidades de força de trabalho de saúde para poder determinar a quantidade de pessoal que precisavam formar ou recrutar de outro lugar. Os delegados enfatizaram a necessidade de todos os países formarem pessoal da área de saúde em número suficiente e identificaram o desenvolvimento de recursos humanos e o planejamento como áreas fundamentais para o apoio técnico da OPAS. Sugeriu-se que os países desenvolvidos de destino e os países em desenvolvimento de origem poderiam colaborar em iniciativas de formação de recursos humanos.

210. Os delegados expressaram esperança de que os países de destino poderiam fazer uma maior contribuição aos recursos gastos pelos países de origem ao formar pessoal médico, assinalando que era injusto que os contribuintes dos países em desenvolvimento estivessem subsidiando a formação de profissionais da saúde que depois deixam o país para buscar um futuro melhor no mundo desenvolvido. Sugeriu-se, por exemplo, que um sistema de subvenções poderia ser estabelecido para compensar os países de origem que perdiam o investimento feito em formação de pessoal que depois deixava saiu o país para trabalhar em outro lugar. Também se sugeriu que poderia ser exigido do pessoal da área

de saúde que trabalhasse por um certo número de anos nos próprios países como uma condição para receber uma subvenção educacional para estudar no estrangeiro.

211. Várias delegações reiteraram as suas preocupações com respeito ao calendário para as consultas regionais antes da sessão de Conselho Executivo em janeiro de 2010.

212. Em resposta às observações feitas, o dr. Dayrit ressaltou que o código era somente uma de muitas estratégias que poderiam ser usadas para lidar com os fatores de atração e repulsão que afetavam a migração dos profissionais da saúde. Ele concordou que o calendário para a finalização das consultas era complicado, mas o desenvolvimento do código era uma iniciativa dos Estados Membros e era importante fazer o processo avançar. A intenção do Secretariado da OMS era preparar um relatório incorporando todos os subsídios das consultas regionais, junto com uma versão revista do anteprojeto do código de conduta, que seria apresentado ao Conselho Executivo em janeiro de 2010. O Conselho depois decidiria se o assunto deveria ir à Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2010 ou a algum outro mecanismo de negociação. Contudo, o processo era flexível e as consultas sobre o tema continuariam.

213. O Conselho tomou nota das informações recebidas sobre o projeto do código de conduta.

**Relatório sobre os progressos realizados em termos de assuntos técnicos:
Regulamento Sanitário Internacional (inclui o Relatório sobre a Pandemia [H1N1]
2009) (Documento CD49/INF/2, Rev. 1)**

214. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que havia sido apresentado ao Comitê Executivo um relatório de progresso em junho sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) na Região e uma atualização da situação da gripe pandêmica (H1N1). O dr. Jarbas Barbosa da Silva (gerente, Vigilância da Saúde e Prevenção e Controle de Doenças, RSPA) havia informado que, em 22 de junho, mais de 52.160 casos e 231 mortes haviam sido notificados em 99 países ou territórios. As Américas haviam registrado mais de 43 mil casos em 28 países. Havia ficado evidente desde o princípio que os esforços da Região para melhorar a preparação para a pandemia e executar o Regulamento Sanitário Internacional (2005) haviam dado resultados. A resposta aos surtos iniciais da gripe pelo vírus A (H1N1) havia sido rápida, transparente e extremamente cooperativa.

215. Havia sido assinalado que a pandemia de gripe pelo vírus A (H1N1) tinha sido o primeiro teste real do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e sua eficácia havia sido demonstrada. Porém, a experiência de enfrentar a pandemia também havia revelado algumas lacunas na capacidade de resposta e havia sido salientada a necessidade de continuar a formar as capacidades centrais, particularmente com respeito aos aeroportos,

portos e pontos de travessia em terra, a fim de permitir aos Estados Membros para satisfazer os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional na data planejada de 2012.

216. O Comitê Executivo havia ressaltado a importância de comunicação do risco precisa e equilibrada. Havia sido assinalado que uma falha do esquema de classificação de alerta de pandemia da OMS era que não transmitia informação sobre a gravidade da doença causada por um vírus pandêmico. O público e os meios de informação tendiam a interpretar níveis de alerta mais elevados como significando que uma doença havia se tornado mais virulenta, o que na atual pandemia de gripe causaram temor imotivado e até mesmo pânico em alguns lugares. Havia sido reiterado que a OPAS e a OMS retificasse esta falha e adaptassem a classificação para torná-la mais compreensível ao público em geral.

217. Após a exposição da dra. Muñoz, o dr. Barbosa da Silva apresentou um breve relatório de progresso sobre a implantação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) e atualizou o Conselho Diretor quanto à situação da gripe pandêmica ((H1N1) na Região e a resposta da Organização. Ele informou que a maioria dos países na Região havia concluído avaliações das suas capacidades de vigilância e resposta, mas somente 18 realizaram avaliações das capacidades nos pontos de entrada e o mesmo número havia formulado planos de ação para satisfazer os requisitos básicos de capacidade. Como havia sido indicado no relatório do Comitê Executivo, a atual pandemia havia posto em evidência os pontos fracos na capacidade de resposta e indicado onde medidas corretivas eram necessárias.

218. Passando à situação da pandemia, ele recordou que um surto de uma doença do tipo influenza havia sido notificado no México em abril de 2009. O agente infeccioso havia sido posteriormente identificado como vírus da gripe A (H1N1). O vírus havia se propagado rapidamente, primeiro aos Estados Unidos e Canadá e a outros países nas Américas e outras regiões. A OMS havia elevado o nível de alerta de pandemia da fase 5 à fase 6 no dia 11 de junho de 2009, declarando assim a primeira pandemia de influenza do século XXI. Embora havia ainda pouco conhecimento sobre o novo vírus da influenza, estava claro que tinha capacidade de se difundir rapidamente e que a sua propagação havia intensificado drasticamente com o início do inverno no hemisfério do sul. A maioria dos casos havia ocorrido em adolescentes e jovens, embora a maioria das mortes tivesse ocorrido em adultos de meia-idade. O índice de ataque e as taxas de letalidade não eram conhecidos até o momento, mas se sabia que a taxa de letalidade havia sido relativamente baixa. Em fins de setembro de 2009, a transmissão do vírus estava aparentemente se estabilizando ou diminuindo na maioria das partes da Região, embora um ligeiro aumento na notificação de casos havia sido observado nas últimas semanas no Canadá, México e Estados Unidos.

219. Desde o início da epidemia, a Organização havia ativado o Centro de Operações de Emergência na sede da OPAS, que havia operado 24 horas ao dia durante o período crítico após os primeiros surtos. Tinha também, com o apoio de diversos países das Américas e Europa, mobilizado 132 especialistas quem foram enviados a diversos países na Região para fornecer ajuda técnica em áreas como virologia, epidemiologia, laboratórios e fortalecimento de serviços de saúde. Com o apoio de diversos doadores, a OPAS havia distribuído 766.820 tratamentos de oseltamivir, 1,5 milhão de doses da vacina para gripe sazonal, 12.650 quilogramas de equipamentos de proteção pessoal para profissionais da saúde e 12 aparelhos para reação em cadeia da polimerase em tempo real para melhorar as capacidades de diagnóstico dos laboratórios nos Estados Membros. A Organização estava atualmente proporcionando aos Estados Membros apoio técnico para a identificação dos grupos prioritários para a vacinação contra a gripe por A (H1N1). Assim que a vacina estiver disponível, ela seria oferecida através do Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas. Esperava-se que o preço por dose fosse em torno de \$7.

220. Resumindo as lições aprendidas a partir da resposta à pandemia até agora, ele disse que diversas reuniões de especialistas haviam destacado a necessidade não apenas de ter planos de preparação para a pandemia, mas de executar certas medidas, como aquisição de equipamentos de proteção pessoal, antes que uma pandemia ocorresse. Eles também haviam salientado a importância de uma boa vigilância epidemiológica e de ter um conjunto pequeno de indicadores bastante informativos para permitir aos ministérios da saúde vigiar a situação à medida que progredia. Havia sido enfatizada a importância de informação pública precisa, fornecida por fontes abalizadas como OPAS e os ministérios da Saúde.

221. No debate que se seguiu, os delegados informaram sobre a evolução e situação atual da pandemia em seus respectivos países, as populações mais afetadas e as medidas tomadas pelos seus governos, inclusive os planos para responder aos novos surtos esperados durante os meses de inverno no hemisfério norte e as populações-alvo de prioridade para a vacina contra gripe A (H1N1). A maioria dos delegados disse que os seus país pretendiam administrar uma única dose da vacina e estavam planejando priorizar mulheres grávidas, lactantes e crianças pequenas e pessoas portadoras de doenças crônicas como diabetes, asma, ou cardiopatia, ou distúrbios de imunodeficiência como infecção pelo HIV/AIDS. Os profissionais da saúde, o pessoal de creches e professores, pessoal militar e da polícia e o pessoal de resposta de emergência também seriam grupos prioritários para vacinação.

222. Foi enfatizado que o sucesso em se obter uma alta taxa de cobertura de vacinação contra a gripe A (H1N1) dependeria de comunicação eficaz do fato de que os riscos associados com a vacina eram baixos. Os delegados salientaram a necessidade de assegurar provisões oportunas da vacina durante a temporada de influenza tanto no hemisfério norte como no hemisfério sul e ressaltaram que a vacina deveria estar a um

preço acessível aos países em desenvolvimento. A necessidade de vacinação contínua para a gripe sazonal juntamente com a vacinação contra o vírus da gripe A (H1N1) também foi salientada. Uma delegada expressou preocupação com a possibilidade de uma vacina única contendo cepas para influenza H1N1 e gripe sazonal pudesse ser fabricada, assinalando que a vacina depois teria de ser administrada a uma população-alvo maior, o que aumentaria substancialmente os custos com vacinas dos países. Ela salientou a importância de seguir as recomendações da OMS com respeito aos grupos-alvo para a vacina contra o vírus A (H1N1).

223. As medidas tomadas para frear a propagação do vírus incluíam distanciamento social e cancelamento de eventos públicos; isolamento de casos suspeitos e confirmados nos hospitais e outros serviços de saúde; vigilância e triagem nos aeroportos e outros pontos de entrada; educação em saúde e campanhas de prevenção de doenças direcionadas para o público em geral e populações específicas de alto risco; educação para os profissionais médicos sobre a natureza do vírus e treinamento de provedores da área da saúde, principalmente no nível de atenção primária, em detecção rápida e tratamento de casos; e tratamento antiviral imediato de pacientes apresentando sinais e sintomas da influenza, em particular aqueles com comorbidades ou outros fatores de risco. Uma delegada do Caribe observou que a Comunidade do Caribe, em colaboração com a OPAS, havia preparado um protocolo para tratar os casos de gripe por A (H1N1) detectada a bordo de navios de cruzeiro.

224. Vários delegados disseram que os seus países haviam se espelhado no modelo de resposta do México e agradeceram o governo de México por sua disposição de partilhar suas experiências e conhecimentos especializados com outros países. Vários delegados salientaram a necessidade de pesar os prós e os contras das estratégias de contenção em relação às estratégias de mitigação e tomar decisões nesse sentido com base nas melhores evidências disponíveis. O delegado do México disse que as medidas de distanciamento social implantadas no seu país, embora altamente eficazes para conter a propagação do vírus, tinham praticamente paralisado o país, e isso causou um prejuízo econômico enorme. Em consequência, o seu governo havia agora adotado um enfoque mais centrado, recomendando o fechamento de escolas e medidas semelhantes apenas quando justificado pelo número de casos em uma comunidade ou área em particular. A delegada do Chile disse que o seu governo havia adotado um enfoque semelhante precisamente para limitar ao máximo o impacto social e econômico da pandemia. Também havia instituído uma estratégia de tratamento agressivo tanto dos casos confirmados como dos casos suspeitos, que havia ajudado a reduzir a propagação viral e manter os níveis de mortalidade baixos. A delegada dos Estados Unidos confirmou o valor do tratamento precoce, mas advertiu que o uso excessivo de medicamentos antivirais poderia levar à resistência medicamentosa.

225. Todos os delegados que falaram salientaram a necessidade de cooperação internacional para controlar esta pandemia e futuras pandemias de influenza e outras emergências de saúde pública de questão internacional. Os delegados também elogiaram o papel contínuo da OPAS e OMS em facilitar a comunicação e a coordenação internacional com respeito à pandemia de gripe por A (H1N1) e reafirmou o compromisso de seus países de continuar colaborando com ambas as organizações e com outros países para deter a pandemia. Vários delegados assinalaram que a pandemia havia proporcionado uma oportunidade de fortalecer os sistemas epidemiológicos e de saúde e de melhorar a colaboração entre o setor da saúde e outros setores e entre os setores público e privado. Eles enfatizaram, porém, que o setor da saúde deveria encabeçar a resposta a tais emergências de saúde pública.

226. A dra. Margaret Chan (diretora-geral, OMS) elogiou os ministérios da Saúde da Região pela sua liderança na situação difícil e estressante criada com o surgimento do novo vírus da influenza. Uma das lições aprendidas da pandemia foi que ministérios da Saúde deveriam ter certos poderes para responder de modo rápido e decidido a tais situações, e ela incentivou os Estados Membros a examinarem as suas estruturas legais com o objetivo de assegurar que os seus ministérios da Saúde tivessem estes poderes. Sobre a questão se a cepa do vírus A (H1N1) seria adicionada à vacina sazonal para o hemisfério sul, ela disse que o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas da OMS (SAGE) em breve divulgaria uma recomendação.

227. Dados das seis regiões da OMS indicaram que tratamento precoce com oseltamivir havia sido muito útil para diminuir a gravidade da doença, e a OMS estava atualmente captando recursos para assegurar que todos os Estados Membros teriam provisões adequadas tanto de medicamentos antivirais como da vacina para o vírus pandêmico assim que estivesse disponível. Era importante que os países tomassem medidas de imediato para garantir que tivessem infraestrutura necessária e capacidade de realizar as campanhas de vacinação e cobrir as populações-alvo recomendadas. Era também importante não depender inteiramente de intervenções farmacêuticas. As medidas preventivas, como o distanciamento social, também eram importantes, embora certamente tivessem de ser pesados os prós e os contras.

228. O dr. Barbosa da Silva disse que a OPAS estava planejando uma série de workshops que visavam preparar o pessoal de imunização nos Estados Membros para planejar e realizar campanhas de vacinação eficazes contra a gripe por A (H1N1).

229. A Diretora disse que o Fundo Rotativo para a Compra de Vacinas estava em vias de obter licitação de possíveis fornecedores da vacina contra a gripe por A (H1N1). O custo por dose dos seis fornecedores que haviam apresentado licitações variava entre \$4 e \$9. A Organização estava trabalhando com o pressuposto de que uma dose da vacina seria suficiente e que a vacinação universal não era necessária nem aconselhável, pois o

uso em massa da vacina aumentaria os riscos de eventos adversos. A OPAS conduziria vigilância pós-comercialização da vacina e aprimoraria suas recomendações com base nas evidências coletadas.

230. O Conselho tomou nota do relatório.

Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS (Documentos CD49/INF/3-A, B e C)

231. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) disse que havia sido apresentado ao Comitê um relatório durante a sua sessão em junho sobre as resoluções e outras ações da Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde e a 125ª Sessão do Conselho Executivo da OMS, a Trigésima Nona Sessão Ordinária da Assembleia Geral da OEA e a Quinta Cúpula das Américas que eram consideradas de particular interesse aos Órgãos Diretivos da OPAS. Assinalou-se que a Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde havia sido realizada em meio à grande preocupação com a crise econômica mundial e a gripe pandêmica (H1N1). A Assembleia havia aprovado 16 resoluções; as de interesse primário à Região das Américas estavam relacionadas no Documento CD49/INF/3-A. A 125ª Sessão do Conselho Executivo havia sido realizada imediatamente depois da Assembleia Mundial da Saúde. O Conselho havia examinado os relatórios sobre a eliminação global do sarampo, a segurança e qualidade dos produtos derivados do sangue, e defeitos congênitos, entre outros assuntos.

232. A Assembleia Geral da OEA havia sido realizada em Honduras em junho de 2009. Havia adotado a Declaração de San Pedro Sula: para uma cultura da não violência. O Documento CD49/INF/3-B destacava as resoluções da Assembleia Geral que se considerava serem de particular interesse para os Órgãos Diretivos da OPAS.

233. A Quinta Cúpula das Américas, realizada em Trinidad e Tobago em abril de 2009, havia adotado o Compromisso de Port of Spain: garantindo o futuro dos nossos cidadãos através da promoção da prosperidade humana, segurança energética e sustentabilidade ambiental. O Documento CD49/INF/3-C destacava que 17 dos 97 parágrafos na Declaração tratavam de questões relacionadas com a saúde, inclusive o acesso universal à saúde com ênfase aos grupos mais vulneráveis, ao fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde e à prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. O Comitê havia sido informado que, como membro do Grupo de Trabalho Conjunto da Cúpula, a OPAS ajudaria a preparar os relatórios sobre o seguimento aos compromissos da Cúpula relacionados com a saúde e informaria os Órgãos Diretivos da OPAS sobre o assunto.

234. O sr. David Morris (diretor, Secretaria de Cúpulas das Américas, OEA) expressou agradecimento pela colaboração da OPAS nos preparativos para a Quinta Cúpula das

Américas. O Secretariado das Cúpulas considerava a saúde como sendo não apenas uma questão específica que era abordada em vários compromissos da Cúpula, mas também um tema transversal que estava relacionado com outras questões discutidas na Quinta Cúpula das Américas, como prosperidade humana, segurança energética, sustentabilidade ambiental, segurança pública e o fortalecimento da governança democrática. Ele observou com satisfação que o Conselho Diretor havia salientado reiteradamente a importância da monitoração e avaliação dos resultados: que havia sido a orientação que havia levado a Quinta Cúpula a adotar uma Declaração de Compromisso em vez de uma mera declaração e plano de ação. Ele esperava ansiosamente pela colaboração contínua com a OPAS nos preparativos para a próxima Cúpula, a ser realizada em Cartagena, Colômbia, em 2012.

235. A delegada de Trinidad e Tobago, país-anfitrião da Quinta Cúpula, expressou apreciação de seu governo aos Estados e organizações que tinham contribuído para o sucesso do evento. Os membros da Comunidade do Caribe haviam ajudado nas áreas de segurança, logística, pessoal e uso dos estabelecimentos físicos e aeroportos. A OPAS e OMS haviam prestado apoio técnico e pessoal, e o Canadá e os Estados Unidos prestaram apoio crítico nas áreas dos serviços de saúde e treinamento para resposta a emergências e desastres. A Cúpula havia oferecido uma oportunidade única ao sistema de saúde de seu país de estar em estado de prontidão máxima. Era com prazer que ela informava que todos os serviços de saúde haviam funcionado eficientemente durante a Cúpula. O seu governo aplicaria as lições aprendidas da experiência da Cúpula ao se preparar para sediar a Reunião de Líderes dos Governos da Commonwealth em novembro de 2009.

236. O dr. Juan Manuel Sotelo (gerente, Relações Externas, Captação de Recursos e Parcerias, RSPA) reafirmou o compromisso da OPAS em assegurar que as suas atividades de cooperação técnica estivessem de acordo com as decisões relevantes da Sexagésima Segunda Assembleia Mundial da Saúde, Trigésima Nona Sessão Ordinária da Assembleia Geral da OEA e Quinta Cúpula das Américas. A Organização estava trabalhando estreitamente com o Grupo de Trabalho Conjunto da Cúpula e com representantes dos Estados Membros que faziam parte do Grupo de Revisão de Implementação das Cúpulas (GRIC) e participava ativamente do seguimento e execução dos mandatos estabelecidos na Declaração de Compromisso.

237. O Conselho tomou nota dos relatórios sobre este item.

Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros (Documento CD49/INF/4)

Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) (Documento CD49/INF/4-A)

238. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho de 2009 que a execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS) estava dentro do prazo e que os passos restantes a serem finalizados no curso de 2009 incluíam a apresentação aos Órgãos Diretivos das alterações propostas aos Regulamentos Financeiros e Normas de Gestão, elaboração de manuais contábeis, treinamento sobre as IPSAS, determinação de como reconhecer contribuições em espécie dos Estados Membros em demonstrações financeiras, identificação de inventários mantidos para venda, determinação de quais entidades seriam consolidadas nas demonstrações financeiras da OPAS, possivelmente requerendo avaliações atuais de terrenos e edifícios da OPAS e coordenando a interpretação da Organização das IPSAS com a do auditor externo. O Comitê também havia sido informado que seria necessário trabalho nos sistemas de computação da Organização para satisfazer os requisitos básicos das IPSAS.

239. Além disso, o Comitê havia sido informado que a OPAS estava trabalhando estreitamente com o Programa Mundial de Alimentos, que já havia implementado as IPSAS, para aprender com a experiência dele. Seguindo o exemplo do Programa Mundial de Alimentos, a OPAS havia decidido, como uma estratégia a curto prazo, implantar improvisações em seu sistema de informática em vez de aperfeiçoar o sistema antes de implementar as IPSAS, embora a longo prazo a Organização necessitaria de um novo sistema financeiro, compatível com a contabilidade em regime de competência e capitalização de ativos fixos. O Comitê havia sido informado que um grupo de trabalho estava projetando tal sistema e havia recentemente finalizado os princípios financeiros orientadores.

240. A sra. Sharon Frahler (gerente, Gestão de Recursos Financeiros, RSPA) informou que a implementação das IPSAS estava sendo bastante complicada, mas estava ainda dentro do prazo para finalização até janeiro de 2010.

241. O Conselho tomou nota das informações fornecidas.

Fundo Mestre de Investimento de Capital (Documento CD49/INF/4-B)

242. A dra. María Julia Muñoz (representante do Comitê Executivo) informou que o Comitê Executivo havia sido informado em junho de 2009 do progresso de vários projetos financiados pelo Fundo Mestre de Investimento de Capital. Informações sobre

estes projetos estavam no Documento CD49/INF/4-A. O sr. Michael Boorstein (diretor de Administração, RSPA) havia chamado atenção a três destes projetos em particular. Um havia tratado das melhorias à representação no Brasil. O sr. Boorstein havia observado que, como estas melhorias havia sido financiadas pelo próprio governo do Brasil, a quantia projetada para despesas estava ainda disponível no Fundo. Ele também havia observado que o projeto para reforma dos elevadores no edifício da Sede em Washington, D.C. havia sido adiada para 2010, em parte para que os elevadores existentes estivessem disponíveis para transportar materiais para outro projeto, a substituição de todas as janelas do edifício. Por fim, ele havia chamado atenção à despesa de \$42 mil no Chile, onde a representação havia sido vítima de um roubo, com a perda de grande parte de seus equipamentos de informática.

243. Após a exposição da dra. Muñoz, a Diretora agradeceu em nome da Organização ao governo do Uruguai, que havia recentemente fornecido um local permanente para a representação da OPAS e o Centro Latino-Americano de Perinatalogia e Desenvolvimento Humano (CLAP) em Montevideu.

244. O Conselho tomou nota das informações fornecidas.

Encerramento da sessão

245. Após a troca usual de cortesias, a Presidente deu por encerrado o 49º Conselho Diretor.

Resoluções e decisões

246. Adiante figuram as resoluções e decisões adotadas pelo 49º Conselho Diretor:

Resoluções

CD49.R1: Modificações do Regulamento Financeiro*

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as recomendações do 144ª Comitê Executivo e as modificações propostas no Regulamento Financeiro, que constam no anexo do Documento CD49/25;

* Anexo encontra-se a versão definitiva do Regulamento Financeiro em espanhol tal como este foi adotado pelo 49º Conselho Diretor.

Levando em consideração que as modificações no Regulamento Financeiro refletem práticas modernas e melhores de gestão financeira e estão de acordo com a adoção plena das IPSAS, aprovadas pela 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Resolução CSP27.R18),

RESOLVE:

Aprovar as modificações no Regulamento Financeiro da Organização Pan-Americana da Saúde que constam no anexo do Documento CD49/25 com vigência a partir de 1º de janeiro de 2010.

(Segunda reunião, 28 de setembro de 2009)

Anexo

CD49.R1, Anexo

**REGLAMENTO FINANCIERO
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

Artículo I – Campo de aplicación y delegación de atribuciones

- 1.1 El presente Reglamento se aplicará a la gestión financiera de la Organización Panamericana de la Salud.
- 1.2 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana tendrá la responsabilidad de garantizar la administración financiera efectiva de la Organización de conformidad con el presente Reglamento.
- 1.3 Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1.2, el Director podrá delegar por escrito en otros funcionarios de la Organización las atribuciones y la responsabilidad conexas que considere necesarias para la aplicación efectiva del presente Reglamento.
- 1.4 El Director establecerá las Reglas Financieras, con inclusión de las directrices y los límites que procedan para la aplicación del presente Reglamento, con el fin de garantizar una administración financiera efectiva y económica y la protección de los haberes de la Organización.

Artículo II – Ejercicio presupuestario y de presentación de la información financiera

- 2.1 Se entenderá por ejercicio presupuestario un bienio que consta de dos años civiles consecutivos iniciado en un año par.

- 2.2 El ejercicio de presentación de la información financiera será de un año civil.

Artículo III – Programa y presupuesto

- 3.1 El Director de la Oficina Sanitaria Panamericana preparará los proyectos de programa y presupuesto para el ejercicio presupuestario, de conformidad con lo establecido en el artículo 14.C de la Constitución. Los proyectos de programa y presupuesto se presentarán en dólares de los Estados Unidos.
- 3.2 Los proyectos de programa y presupuesto estarán divididos en partes e irán acompañados de cuantos anexos informativos y notas aclaratorias pida o haga pedir la Conferencia Sanitaria Panamericana (denominada en adelante “la Conferencia”), el Consejo Directivo o el Comité Ejecutivo, así como de los que el Director estime necesario y útil añadir.
- 3.3 El Director someterá los proyectos de programa y presupuesto a la consideración del Comité Ejecutivo para que este lo examine y formule sus recomendaciones.
- 3.4 El Comité Ejecutivo presentará los proyectos de programa y presupuesto, junto con las recomendaciones que desee formular al respecto, a la Conferencia o al Consejo Directivo, dentro del plazo establecido en las normas de procedimiento correspondientes.
- 3.5 La Conferencia o el Consejo Directivo aprobará los proyectos de programa y presupuesto para el siguiente ejercicio presupuestario en el año precedente al bienio al que los proyectos de programa y presupuesto se refieran.
- 3.6 El Director podrá presentar propuestas suplementarias cuando lo considere necesario.
- 3.7 El Director, siguiendo los mismos procedimientos que los establecidos para los proyectos de programa y presupuesto del ejercicio presupuestario, preparará propuestas suplementarias para la consideración del Comité Ejecutivo, para que este las examine y formule las recomendaciones pertinentes. El Comité Ejecutivo someterá a la consideración de la Conferencia o el Consejo Directivo las propuestas suplementarias con las recomendaciones que pudiera tener al respecto, dentro del plazo establecido en las correspondientes normas de procedimiento.

Artículo IV – Asignaciones del presupuesto ordinario

- 4.1 Las asignaciones del presupuesto ordinario aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo autorizan al Director para asumir compromisos y efectuar los pagos propios del destino que hayan recibido los créditos aprobados del presupuesto ordinario y sin rebasar la cuantía de los mismos.
- 4.2 Los créditos consignados del presupuesto ordinario estarán disponibles para contraer compromisos durante el ejercicio presupuestario para el cual hayan sido aprobados para la entrega de bienes y servicios en ese mismo ejercicio presupuestario o, excepcionalmente, en el primer año del ejercicio presupuestario subsiguiente para la

- entrega retrasada de esos bienes y servicios programados debido a circunstancias imprevistas.
- 4.3 Dentro de la suma global de los créditos asignados, podrán efectuarse transferencias en la medida en que lo permitan los términos de la resolución sobre el presupuesto adoptada por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 4.4 El saldo de los créditos asignados y no comprometidos del presupuesto ordinario al finalizar el ejercicio presupuestario al que correspondan, servirá para reponer el Fondo de Trabajo a su nivel autorizado, tras lo cual el posible saldo estará disponible para el uso que ulteriormente se decida darle de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 4.5 Todo déficit de los ingresos con respecto a los gastos de las asignaciones del presupuesto ordinario al finalizar el ejercicio presupuestario al que correspondan se financiará en primer lugar a partir del Fondo de Trabajo, en la medida de lo posible, y luego mediante préstamos o por cualquier otro medio autorizado.
- 4.6 Todo remanente de los ingresos con respecto a las asignaciones del presupuesto ordinario que quede al finalizar un ejercicio presupuestario se considerará como un excedente de ingresos y estará disponible para su utilización en ejercicios subsiguientes a fin de cubrir la parte no financiada del Plan Estratégico, según lo determine el Director y con el consentimiento del Subcomité de Programa, Presupuesto y Administración.
- 4.7 Se creará una suma acumulada para los compromisos no desembolsados que se han cargado a las asignaciones del presupuesto ordinario en el ejercicio de presentación de la información financiera en curso y que cubrirá el costo de bienes y servicios que fueron entregados en el transcurso del ejercicio de presentación de la información financiera.
- 4.8 Todo compromiso que al final del ejercicio presupuestario en curso mantenga su validez para la Organización y que cubra el costo de bienes y servicios, que deban entregarse en un ejercicio presupuestario posterior, se establecerá como un compromiso contra las asignaciones del presupuesto ordinario futuro a menos que en este Reglamento se especifique otra cosa.

Artículo V - Provisión de fondos para el presupuesto ordinario

- 5.1 Las asignaciones relativas al presupuesto ordinario, serán financiadas mediante las contribuciones señaladas de los Estados Miembros, Estados Participantes y Miembros Asociados (designados de aquí en adelante como los “Miembros”) y el cálculo presupuestario de ingresos varios. Las contribuciones señaladas se determinarán de conformidad con el Artículo 60 del Código Sanitario Panamericano.
- 5.2 Se ajustará el importe de las contribuciones señaladas para el ejercicio presupuestario siguiente, habida cuenta de:

- a) Las asignaciones suplementarias del presupuesto ordinario aprobadas en el ejercicio presupuestario en curso que no se hayan asignado a los Miembros;
- b) Las contribuciones señaladas de los nuevos Miembros conforme a lo dispuesto en el párrafo 6.10.

Artículo VI – Ingresos y contribuciones señaladas

- 6.1 La Conferencia o el Consejo Directivo aprobará el programa y presupuesto total, y las contribuciones señaladas, determinadas de conformidad con el párrafo 5.1 para el ejercicio presupuestario. Las contribuciones señaladas a los miembros se dividirán en dos pagos anuales de igual cantidad. En el primer año del ejercicio presupuestario, la Conferencia o el Consejo Directivo podrá decidir modificar los importes de las contribuciones correspondientes al segundo año del ejercicio presupuestario.
- 6.2 Una vez que la Conferencia o el Consejo Directivo haya aprobado el programa y presupuesto, el Director comunicará a los Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de contribuciones señaladas para el ejercicio presupuestario y les solicitará se sirvan remitir el importe del primero y del segundo pago de sus contribuciones.
- 6.3 Si la Conferencia o el Consejo Directivo decide modificar el importe de las contribuciones señaladas, o ajustar el importe de las asignaciones del presupuesto ordinario que han de ser financiadas mediante las contribuciones señaladas de los Miembros en el segundo año de un bienio, el Director comunicará a los Miembros el importe de sus obligaciones en concepto de contribución modificada y les solicitará se sirvan remitir el importe revisado del segundo pago de sus contribuciones señaladas.
- 6.4 Los pagos de las contribuciones señaladas anuales deberán considerarse como vencidos y pagaderos al 1 de enero del año al que correspondan.
- 6.5 Al 1 de enero del año siguiente se considerará que las contribuciones señaladas pendientes de pago llevan un año de mora.
- 6.6 Las contribuciones señaladas se denominarán en dólares de los Estados Unidos y se pagarán en dicha moneda o en otras monedas determinadas por el Director.
- 6.7 Los pagos efectuados en monedas diferentes del dólar de los Estados Unidos se acreditarán a las cuentas de los Miembros según la tasa de cambio de las Naciones Unidas vigente en la fecha de recibo o a la tasa de cambio del mercado si se juzga prudente convertir el exceso de moneda.
- 6.8 Los pagos efectuados por un Miembro se aplicarán a las contribuciones señaladas más antiguas que adeude.
- 6.9 El Director presentará en la sesión ordinaria de la Conferencia o del Consejo Directivo un informe sobre la recaudación de las contribuciones señaladas.

- 6.10 Los nuevos Miembros quedarán obligados a satisfacer una contribución señalada por el ejercicio presupuestario en que adquieran la condición de Miembros. Si la calidad de Miembro comienza en cualquier fecha durante el primer año de un ejercicio presupuestario, a los nuevos Miembros se les asignará la totalidad de la contribución correspondiente al período de dos años. Si la calidad de miembro comienza en cualquier fecha durante el segundo año de un ejercicio presupuestario, a los nuevos Miembros se les asignará una contribución correspondiente únicamente al segundo año.

Artículo VII – Fondo de Trabajo y adelantos internos

- 7.1 Se establecerá un Fondo de Trabajo, junto con su nivel autorizado y financiamiento de conformidad con las resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 7.2 La Organización Panamericana de la Salud conservará la titularidad de los recursos financieros que constituyen el Fondo de Trabajo.
- 7.3 El Fondo de Trabajo estará disponible para satisfacer toda necesidad ocasional de recursos financieros del presupuesto ordinario. Se harán los reembolsos correspondientes al Fondo de conformidad con los párrafos 4.4 y 7.1.
- 7.4 El Fondo de Trabajo estará disponible para sufragar gastos imprevistos y extraordinarios, para reponer fondos existentes hasta sus límites autorizados, o para otros fines autorizados. Se harán los reembolsos correspondientes al Fondo de conformidad con los párrafos 4.4 y 7.1.
- 7.5 El Director, con el consentimiento previo y por escrito de la mayoría de los miembros del Comité Ejecutivo, tendrá la autoridad para contraer préstamos.

Artículo VIII – Ingresos de otras procedencias

- 8.1 Los ingresos de otra procedencia que no hayan sido identificados de otra manera en el presente Reglamento deberán presentarse en los informes como ingresos varios.
- 8.2 El Director podrá aceptar contribuciones voluntarias, donaciones y legados, ya sea en efectivo o en especie, siempre que estas contribuciones puedan ser utilizadas por la Organización y que las condiciones a que estén sujetas sean compatibles con los objetivos y las políticas de la Organización.
- 8.3 Las donaciones y los legados recibidos sin un fin específico serán inscritos como ingresos varios a menos que el Director estipule otra cosa, de conformidad con el Artículo IX.
- 8.4 El Director está autorizado para gravar con un cargo (designado de aquí en adelante como “costos de apoyo a programas”) las contribuciones voluntarias de conformidad con las resoluciones aplicables de la Conferencia o del Consejo Directivo. Estos costos de apoyo

a programas se utilizarán para reembolsar la totalidad o parte de los costos indirectos de la Organización ocasionados por la administración de las actividades correspondientes.

- 8.5 Los ingresos generados por los servicios y las ventas se utilizarán para reembolsar en forma parcial o total los costos directos e indirectos en que incurra la Organización por la administración de sus actividades.
- 8.6 Los ingresos que generan los cargos por servicios relativos a los fondos de compras se utilizarán para capitalizar el fondo respectivo o para reembolsar en forma parcial o total los costos en que incurra la Organización por la administración de sus actividades.

Artículo IX - Fondos

- 9.1 Se establecerán fondos en los que se contabilizarán efectivamente los ingresos de toda procedencia y se presentarán informes acerca de ellos.
- 9.2 Se establecerán cuentas mayores subsidiarias individuales para contabilizar de manera efectiva las contribuciones voluntarias y presentar informes acerca de ellas.
- 9.3 El Director establecerá los Fondos y las Cuentas Especiales que sean necesarios para atender las necesidades de la Organización.
- 9.4 Se especificará el objeto de todo Fondo o Cuenta establecida a tenor del párrafo 9.3 y su administración se regirá por el Reglamento Financiero y las Reglas Financieras.
- 9.5 Al establecer todo Fondo o Cuenta Especial de conformidad con el párrafo 9.3, el Director podrá estipular que el uso del saldo en efectivo del Fondo o Cuenta Especial se limitará a los fines de la mancomunación de los recursos o préstamos internos, en consonancia con los términos y las condiciones de las fuentes de financiamiento.

Artículo X- Custodia de los recursos financieros

- 10.1 El Director designará las instituciones financieras en que serán depositados los recursos financieros de la Organización.
- 10.2 El Director podrá designar a los administradores o custodios externos de las inversiones.

Artículo XI - Inversiones

- 11.1 Se establecerán políticas y normas de inversiones de conformidad con la mejor práctica del sector financiero, habida cuenta de la necesidad de preservar el capital, de garantizar la liquidez adecuada y de aumentar al máximo la rentabilidad.
- 11.2 Los recursos financieros que excedan las necesidades inmediatas de dinero en efectivo podrán mancomunarse e invertirse.

- 11.3 Los ingresos en concepto de inversiones, independientemente de la fuente de los fondos, se acreditarán en la partida de ingresos varios del presupuesto ordinario, a menos que se estipule otra cosa en este Reglamento en resoluciones aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo, o según lo decida el Director.

Artículo XII – Control interno

- 12.1 El Director deberá establecer y mantener una estructura interna de control eficaz con normas y procedimientos de trabajo, basados en las mejores prácticas del sector financiero, con el objeto de:
- a) asegurar una administración financiera eficiente y eficaz,
 - b) proteger los haberes,
 - c) alcanzar los objetivos estratégicos y las metas en consonancia con la misión de la Organización, y
 - d) mantener una función de supervisión interna que le rinda cuentas al Director.

Artículo XIII – Cuentas y estados financieros

- 13.1 El Director creará y mantendrá un plan de cuentas de conformidad con las normas de contabilidad aprobadas por la Conferencia o el Consejo Directivo.
- 13.2 Para cada ejercicio de presentación de información financiera se prepararán estados financieros ateniéndose a las normas mencionadas en el párrafo 13.1.
- 13.3 Los estados financieros se presentarán en dólares de los Estados Unidos. Los documentos contables, sin embargo, podrán llevarse en las monedas que el Director considere convenientes.
- 13.4 Los estados financieros se presentarán al auditor externo en la fecha fijada de mutuo acuerdo con el Director.
- 13.5 El Director podrá hacer los pagos graciabiles que considere necesarios en interés de la Organización. Los pagos graciabiles se consignarán en los estados financieros.
- 13.6 Después de practicadas todas las averiguaciones del caso, el Director podrá autorizar la cancelación de las pérdidas de elementos del activo que no sean contribuciones señaladas. En los estados financieros se consignarán las pérdidas canceladas.
- 13.7 La Conferencia o el Consejo Directivo podrán estipular que se cree una reserva para cuentas dudosas que representen en forma total o parcial las contribuciones señaladas pendientes de pago adeudadas por un Estado Miembro sujeto a las restricciones del Artículo 6.B de la Constitución.

Artículo XIV- Auditoría externa

- 14.1 La Conferencia o el Consejo Directivo nombrará a un auditor externo de reputación internacional establecida para revisar las cuentas de la Organización. El nombramiento del auditor solo podrá revocarse por decisión de la Conferencia o del Consejo Directivo.
- 14.2 En toda auditoría que realice, el auditor externo actuará con arreglo a las normas comunes de auditoría generalmente aceptadas y a las atribuciones adicionales que se exponen en el apéndice del presente Reglamento, y con sujeción a cualesquiera instrucciones especiales de la Conferencia o del Consejo Directivo.
- 14.3 El auditor externo, además de emitir su dictamen sobre los estados financieros, podrá formular las observaciones que estime necesarias con respecto a la eficiencia de los procedimientos financieros, el sistema de contabilidad, los controles financieros y, en general, la administración y gestión de la Organización.
- 14.4 El auditor externo actuará con absoluta independencia y será el único responsable de la auditoría.
- 14.5 La Conferencia o el Consejo Directivo podrá pedir al auditor externo que examine determinadas cuestiones específicas y presente informes por separado sobre los resultados.
- 14.6 El Director dará al auditor externo las facilidades que necesite para el desempeño de sus funciones.
- 14.7 Con objeto de proceder a un examen local o especial o de efectuar economías en los gastos de auditoría, el auditor externo podrá contratar los servicios de cualquier interventor general (o funcionario de categoría equivalente) de un país, de auditores comerciales públicos de reconocido prestigio o de cualquier otra persona o empresa que, a su juicio, reúna las condiciones de competencia técnica necesarias.
- 14.8 El auditor externo presentará un informe, que incluirá su dictamen, acerca de la auditoría de los estados financieros preparados por el Director en cumplimiento del artículo XIII del presente Reglamento. En el informe figurará la información que el auditor externo considere necesario consignar en relación con las cuestiones mencionadas en el párrafo 14.3 y en las atribuciones adicionales.
- 14.9 El o los informes del auditor externo, junto con los estados financieros comprobados, se presentarán al Director a más tardar el 15 de abril siguiente al cierre del ejercicio de presentación de la información financiera al que correspondan. El Director presentará el informe al Comité Ejecutivo que examinará los estados financieros y los informes de auditoría, y los transmitirá a la Conferencia o el Consejo Directivo con las observaciones que estime oportunas.

Artículo XV – Resoluciones que implican gastos

- 15.1 La Conferencia, el Consejo Directivo y el Comité Ejecutivo no tomará ninguna decisión cuyo cumplimiento exija un gasto sin haber examinado un informe del Director sobre las posibles consecuencias administrativas y financieras de la propuesta.
- 15.2 Cuando el Director considere que no puede atenderse con las asignaciones disponibles el gasto que implique una propuesta, no se incurrirá en dicho gasto mientras la Conferencia o el Consejo Directivo no haya consignado los créditos necesarios, a menos que tal gasto pueda efectuarse de conformidad con lo estipulado en la resolución del Consejo Directivo relativa al Fondo Rotatorio para Compras de Emergencia.

Artículo XVI – Disposiciones generales

- 16.1 El presente Reglamento sólo podrá ser modificado por la Conferencia o por el Consejo Directivo.
- 16.2 En caso de duda sobre la interpretación y aplicación de lo dispuesto en cualquiera de los artículos del presente Reglamento, el Director queda autorizado para tomar la decisión que proceda.
- 16.3 Las Reglas Financieras que el Director establezca o modifique de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1.4 serán confirmadas por el Comité Ejecutivo y comunicadas a la Conferencia o al Consejo Directivo para su información.

**ATRIBUCIONES ADICIONALES RESPECTO DE LA AUDITORÍA EXTERNA
DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

1. El auditor externo procederá a la auditoría de todas las cuentas de la Organización, incluidos los Fondos Fiduciarios, los Fondos Especiales y las Cuentas Especiales, que crean conveniente examinar para justificar su opinión:
 - a) de que los estados de cuenta concuerdan con los libros y las anotaciones de la Organización;
 - b) de que las transacciones financieras consignadas en los estados de cuenta se ajustan a las disposiciones reglamentarias, al presupuesto y a las demás instrucciones aplicables de la Organización;
 - c) de que se ha verificado la existencia de los recursos financieros por medio de certificados librados directamente por los depositarios o por recuento directo;
 - d) de que los controles internos, incluida la auditoría interna, son adecuados, en vista del grado de confianza que en ellos se deposita;

- e) de que se han aplicado procedimientos para la contabilización de todos los elementos del activo y del pasivo, y de los saldos de superávit o déficit, de conformidad con las mejores prácticas del sector financiero.
2. El auditor externo tendrá entera libertad para decidir si procede aceptar en todo o en parte las certificaciones y las declaraciones de los funcionarios de la Organización, y podrán efectuar las inspecciones y verificaciones detalladas según sean necesarias.
 3. El auditor externo tendrá acceso siempre que convenga a todos los libros, anotaciones y demás documentos que, a su juicio, sea necesario consultar para llevar a efecto la auditoría. La información clasificada como secreta que a juicio del Director sea necesaria para los fines de la auditoría y la información clasificada como confidencial se pondrán a disposición del auditor externo, a solicitud. El auditor externo respetará el carácter secreto y confidencial de cualquier información así clasificada que haya sido puesta a su disposición y no hará uso de la misma a no ser en relación directa con las operaciones de auditoría. El auditor externo podrá señalar a la atención de la Conferencia o del Consejo Directivo toda denegación de información clasificada como secreta que a su juicio sea necesaria para los fines de la auditoría.
 4. El auditor externo carecerá de atribuciones para rechazar asientos de las cuentas, pero señalará a la atención del Director cualesquiera operaciones cuya regularidad o procedencia suscite dudas, a fin de que se adopten las medidas pertinentes. Las objeciones que se planteen durante el examen de las cuentas respecto de esas u otras transacciones serán señaladas comunicadas inmediatamente al Director.
 5. El auditor externo emitirá un dictamen sobre los estados de cuentas de la Organización. El dictamen comprenderá los siguientes elementos básicos:
 - a) una identificación de los estados de cuentas comprobados;
 - b) una referencia a la responsabilidad de la administración de la entidad y a la responsabilidad del auditor externo;
 - c) una referencia a las normas de auditoría aplicadas;
 - d) una descripción del trabajo realizado;
 - e) un dictamen sobre los estados de cuentas que indique:
 - i) si los estados de cuentas reflejan fielmente la situación financiera al final del ejercicio de presentación de información financiera considerado y los resultados de las operaciones efectuadas durante ese ejercicio;
 - ii) si los estados de cuentas se han preparado de conformidad con las políticas de contabilidad enunciadas;
 - iii) si las políticas de contabilidad se han aplicado sobre una base que corresponde a la del ejercicio de presentación de información financiera precedente, a menos que se lo haya consignado en los estados financieros.

- f) un dictamen sobre la conformidad de las operaciones con el Reglamento Financiero y con las instrucciones de los órganos deliberantes;
 - g) la fecha del dictamen y la firma del auditor externo;
 - h) el nombre y el cargo del auditor externo;
 - i) el lugar en que se firmó el informe;
 - j) una referencia al informe del auditor externo sobre los estados financieros, de haber uno.
6. En el informe del auditor externo a la Conferencia o al Consejo Directivo sobre las operaciones financieras del ejercicio de presentación de información financiera se indicarán:
- a) el tipo de examen practicado y su alcance;
 - b) las cuestiones que afecten a la integridad o exactitud de las cuentas, en particular, cuando proceda:
 - i) los datos necesarios para la correcta interpretación de las cuentas;
 - ii) cualesquiera sumas que debieran haberse cobrado y que no aparezcan abonadas en cuenta;
 - iii) cualesquiera sumas respecto de las cuales exista o pueda existir una responsabilidad legal o un pasivo contingente y que no se hayan contabilizado o consignado en los estados de cuentas;
 - iv) los gastos que no estén debidamente justificados documentalmente;
 - v) la idoneidad de los libros de contabilidad que se llevan y, si las hubiera, las desviaciones sustantivas respecto de la aplicación sistemática de los principios de contabilidad generalmente aceptados que se hayan observado en la presentación de los estados de cuentas.
 - c) otras cuestiones que deban ponerse en conocimiento de la Conferencia o del Consejo Directivo, por ejemplo:
 - i) los casos de fraude comprobado o presunto;
 - ii) los despilfarros o gastos indebidos de dinero u otros elementos del activo de la Organización (aun cuando la contabilización de las transacciones esté en regla);
 - iii) los gastos que puedan obligar a la Organización a efectuar nuevos desembolsos apreciables;
 - iv) cualquier defecto que se observe en el sistema general o en las disposiciones precisas de control de los ingresos y los gastos, o de los suministros y el equipo;
 - v) los gastos que no respondan a la intención de la Conferencia ni del Consejo Directivo, habida cuenta de las transferencias de créditos presupuestarios debidamente autorizadas dentro del presupuesto por programas;

- vi) los gastos que excedan de los créditos asignados del presupuesto ordinario, habida cuenta de las modificaciones consiguientes a transferencias de créditos presupuestarios debidamente autorizadas dentro del presupuesto por programas;
 - vii) los gastos que no se ajusten a las disposiciones que los autoricen.
- d) la exactitud del inventario y los activos fijos según resulte de un conteo físico y de su cotejo con esos asientos.
- e) las operaciones contabilizadas en un ejercicio anterior de presentación de información financiera acerca de las que se hayan obtenido nuevos datos, o las operaciones que deban efectuarse en un ejercicio de presentación de la información financiera ulterior y acerca de las cuales convenga que la Conferencia o el Consejo Directivo tenga conocimiento cuanto antes.
7. El auditor externo podrá formular a la Conferencia, al Consejo Directivo o al Director las observaciones que estime pertinentes sobre los resultados de la auditoría y sobre el informe financiero.
8. Siempre que se le pongan restricciones en el alcance de la auditoría o que no pueda obtener comprobantes suficientes, el auditor externo lo hará constar en su dictamen y expondrá claramente en el informe los motivos de sus observaciones y los efectos sobre la situación financiera y sobre las transacciones financieras consignadas.
9. El informe del auditor externo no contendrá en ningún caso críticas si no se ha dado de antemano al Director una oportunidad adecuada para explicar la cuestión que las motive.
10. El auditor externo no tiene la obligación de abordar ni notificar ninguna de las cuestiones mencionadas si, a juicio suyo, carecen de importancia.

CD49.R2: Estabelecimento do Comitê de Auditoria da OPAS

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o documento *Proposta de Estabelecimento de um Comitê de Auditoria* (Documento CD49/26);

Reconhecendo os esforços contínuos da Organização no sentido de estabelecer uma estrutura de governança que reflita boas práticas internacionais;

Observando a proposta para estabelecer um órgão assessor especialista independente para assessorar o Diretor e os Estados Membros da OPAS no funcionamento de controles financeiros e estruturas de comunicação, o processo de gestão de risco e outros controles relacionados com auditoria da Organização,

RESOLVE:

1. Estabelecer o Comitê de Auditoria para a Organização Pan-Americana da Saúde.
2. Aprovar os Termos de Referência para o Comitê de Auditoria da OPAS (veja anexo).

Anexo

(Segunda reunião, 28 de setembro de 2009)

CD49.R2, Anexo

**TERMOS DE REFERÊNCIA PARA
O COMITÊ DE AUDITORIA DA OPAS**

Princípios orientadores

1. Um Comitê de Auditoria será estabelecido pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para exercer uma função consultiva independente, fornecendo ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana (“o Diretor”) e aos Estados Membros da OPAS, através do Comitê Executivo, assessoramento sobre a operação de controles financeiros e estruturas de comunicação da Organização, processos de gestão de riscos, e outros controles de auditoria- relacionados. O Comitê desempenhará esta função através de análises independentes do trabalho realizado pelo sistema da OPAS de controles internos e externos, inclusive o Escritório de Serviços de Supervisão e Avaliação Interna da OPAS (IES), o Auditor Externo e a administração e gerência da Organização. O trabalho do Comitê de Auditoria será conduzido de acordo com as normas e boas práticas internacionalmente aceitas e em cumprimento das políticas, regulamentações e regras da OPAS. O Comitê de Auditoria não substitui a função do Comitê Executivo da OPAS ou do seu Subcomitê de Programas, Orçamento e Administração (SPBA).

Função do comitê

2. O Comitê de Auditoria da OPAS deverá:
 - a) examinar e monitorar a adequação, eficiência e a eficácia de avaliação de riscos e processos de administração da Organização, o sistema de controles internos e externos (incluindo supervisão interna e função de Auditores Externos da OPAS)

- e a implementação oportuna e efetiva das recomendações de auditorias pela gerência;
- b) prestar assessoramento nas questões relacionadas ao sistema de controles internos e externos, suas estratégias, planos de trabalho e desempenho;
 - c) informar sobre qualquer matéria de política e procedimento da OPAS que exija ação corretiva e sobre melhorias recomendadas na área de controles, inclusive gestão de avaliações, auditorias e riscos;
 - d) comentar sobre os planos de trabalho e o orçamento proposto das funções internas e externas de auditoria;
 - e) prestar assessoramento nas implicações operacionais das questões e tendências evidentes nas declarações financeiras da Organização e questões significativas de política de comunicação financeira;
 - f) prestar assessoramento na adequação e eficácia das políticas de contabilidade e práticas de divulgação e avaliar alterações e riscos nestas políticas; e
 - g) assessorar o Diretor no processo de seleção do Auditor Geral da OPAS, e assessorar o Comitê Executivo na seleção do Auditor Externo.

Composição do Comitê

3. O Comitê de Auditoria será integrado por três membros que refletirão os níveis mais elevados da integridade e serão completamente independentes da OPAS. O Comitê de Auditoria será nomeado pelo Comitê Executivo da OPAS. Os membros desempenharão o cargo a título pessoal. Cada Membro participará como Presidente do Comitê por um ano em sistema de rodízio.

Critérios para afiliação

4. Todos os membros do Comitê devem ter experiência recente e relevante, de nível sênior, nas áreas financeira, de auditorias e/ou outra experiência de supervisão de nível sênior. Tal experiência deve refletir, na medida do possível:

- a) a experiência no preparo, revisão, análise ou avaliação de declarações financeiras que apresentam uma amplitude e nível de complexidade de questões contábeis que são geralmente comparáveis à amplitude e complexidade das questões enfrentadas pela OPAS, inclusive uma compreensão de princípios contábeis aceitos relevantes;

- b) uma compreensão e, se possível, experiência relevante na inspeção, monitoração e processos de avaliação;
- c) uma compreensão do controle interno, gestão de risco, investigação e procedimentos de prestação de contas financeiras; e
- d) uma compreensão geral da organização, estrutura e funcionamento das organizações internacionais do sistema das Nações Unidas.

Termos de nomeação

5. Os Membros do Comitê de Auditoria serão designados a servir não mais de dois mandatos completos de três anos cada. O ciclo de eleição será fixado com o estabelecimento do Comitê. Os membros podem ser reeleitos para um segundo e último mandato de três anos, com a exceção dos três primeiros Membros do Comitê, que serão nomeado por sorteio para servir um mandato inicial dois, três ou quatro anos. Ex-membros do Comitê de Auditoria podem ser designados novamente ao Comitê sujeitos a não servir mais de dois termos completos.

Convocatórias de propostas

6. O Diretor recomendará uma lista dos candidatos qualificados. A lista será notificada ao SPBA antes da sessão do Comitê Executivo e deve incluir um CV detalhado de cada um dos candidatos.

7. A lista dos candidatos será submetida a avaliação, que pode incluir solicitações de mais informações e a modificação posterior. Os candidatos de classificação mais elevada, de acordo com os Critérios para a Afiliação, serão propostos pelo SPBA ao Comitê Executivo para a tomada da decisão.

Responsabilidade dos membros

8. Ao desempenhar as suas funções, os Membros do Comitê de Auditoria não buscarão nem receberão instruções de qualquer autoridade do governo nacional. Eles atuarão em função de assessoria não executiva, e serão plenamente independente de qualquer governo ou órgão, estrutura ou entidade da OPAS. Os membros serão guiados exclusivamente pela sua perícia e juízo profissional, levando em consideração as decisões coletivas de Órgãos Diretores da OPAS.

9. Aos membros do Comitê de Auditoria se exigirá que assinem um termo de confidencialidade no começo de seu mandato, assim como um formulário de Declaração de Interesse da OPAS. Quando houver um conflito de interesses real ou em potencial, o

Membro declarará tal interesse ao Comitê e será isentado da discussão do Comitê sobre a questão correspondente.

Reuniões e Regulamento Interno

10. O Comitê de Auditoria da OPAS normalmente se reunirá em sessões regulares duas vezes ao ano. Reuniões adicionais podem ser programadas em caráter *ad hoc* conforme a necessidade. O Presidente do Comitê determinará o cronograma das reuniões e a necessidade de qualquer reunião adicional no decurso do ano. Ele/Ela também fixará a agenda das reuniões, levando em consideração as solicitações relevantes do Diretor e/ou do Comitê Executivo da OPAS. As reuniões serão convocadas pela Secretária do Comitê em nome do Presidente. Os membros do Comitê de Auditoria normalmente receberão aviso pelo menos quatro semanas antes das reuniões.

11. O Diretor, o Auditor Externo, o Auditor Geral da OPAS, o Diretor de Administração da OPAS e o Administrador de Recursos Financeiros da OPAS comparecerão às reuniões do Comitê de Auditoria a convite do Presidente do Comitê.

12. O Comitê de Auditoria pode decidir se reunir em sessão a portas fechadas esporadicamente conforme determinação do Comitê.

13. O Comitê de Auditoria se esforçará em trabalhar com base no consenso.

14. Os membros desempenham o cargo a título pessoal e não podem ser representados por um suplente.

15. A função de apoio administrativo e de secretariado do Comitê de Auditoria, inclusive a preparação e manutenção das atas das reuniões, será realizada pelo pessoal independente contratado de acordo com as necessidades para esta finalidade, e responderá diretamente ao Presidente sobre assuntos relativos ao trabalho do Comitê de Auditoria.

Divulgação

16. O secretariado do Comitê de Auditoria, os observadores e qualquer terceiro convidado pelo Comitê para assistir às suas sessões não divulgarão nenhum documento ou informação sem autorização prévia do Comitê.

17. Qualquer notificação de Membros do Comitê de Auditoria sobre o trabalho do Comitê assegurará a segurança dos materiais confidenciais e manterá outros Membros adequadamente informados.

Acesso

18. O Comitê de Auditoria terá acesso a todos os registros e documentos da Organização, inclusive, mas não limitado a, relatórios da auditoria e documentos de trabalho do IES e relatórios expedidos pelos Auditores Externos.
19. O Comitê de Auditoria poderá apelar a qualquer funcionário da OPAS ou empregado, inclusive a gerência superior da Organização, e solicitar reuniões com qualquer parte, conforme julgar necessário para obter informação relevante a seu trabalho.
20. Os auditores Externos e Auditor Geral da OPAS também terão acesso sem restrição e confidencial ao Presidente do Comitê.
21. O Comitê de Auditoria pode obter assessoramento legal ou outro assessoramento independente profissional caso seja considerado necessário.

Informação

22. O Presidente do Comitê de Auditoria interagirá regularmente com o Diretor e prestará contas quanto aos resultados de deliberações, assim como qualquer questão do Comitê relevante ao seu trabalho.
23. O Comitê de Auditoria preparará um relatório anual do seu trabalho para o Comitê Executivo da OPAS. O Comitê de Auditoria também pode preparar relatórios ad hoc de acordo com solicitações do Comitê Executivo. O Diretor receberá a oportunidade para fazer comentários sobre todos os relatórios antes de seu encaminhamento ao Comitê Executivo.

Recursos

24. Recursos deverão ser fornecidos ao Comitê de Auditoria conforme a necessidade para empreender suas responsabilidades. Os fundos estarão incluídos no orçamento bienal da Organização para cobrir o apoio administrativo, custos de viagem e acomodação com relação às responsabilidades dos Membros do Comitê. Tal viagem será conduzida de acordo com as regulamentações e regras da OPAS. Os Membros servirão sem remuneração da OPAS.

Análise dos termos de referência

25. O Comitê Executivo examinará periodicamente a produção do Comitê de Auditoria, avaliará sua eficácia e fará recomendações apropriadas, em consulta com o Diretor, com respeito a sua composição e Termos de Referência. Os Termos de Referência do Comitê de Auditoria podem ser modificados pelo Conselho Diretor conforme a necessidade.

CD49.R3: Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o projeto de Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado, apresentado pela Diretora (*Documento oficial 328*) e o documento CD49/6;

Observando que o Plano Estratégico foi alterado para alinhá-lo com o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS para o período 2008-2013, que foi também modificado e aprovado pela 62ª Assembleia Mundial da Saúde realizada recentemente;

Observando que outras alterações atendem a necessidade de atualizar o documento para esclarecer os resultados previstos e simplificar a sua medição,

RESOLVE:

Aprovar o *Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado (Documento Oficial 328)*, incluindo seus indicadores e metas revisadas.

(Terceira reunião, 29 de setembro de 2009)

CD49.R4: Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago e Uruguai

O 49º CONSELHO DIRETOR,

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

Considerando que Colômbia, São Vicente e Granadinas e Venezuela foram eleitos para servir no Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago e Uruguai,

RESOLVE:

1. Declarar Colômbia, São Vicente e Granadinas e Venezuela eleitos para integrar o Comitê Executivo por um período de três anos.
2. Agradecer aos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago e Uruguai pelos serviços prestados durante os últimos três anos por seus delegados no Comitê Executivo.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R5: Estabelecimento de uma nova estrutura institucional para o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado a proposta apresentada pela Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana (“a Diretora”) para estabelecer uma nova estrutura institucional para a governança, gestão e financiamento do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) conforme descrito no documento *Reforma Institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)* (Documento CD49/17);

Reconhecendo que a cooperação técnica prestada pela BIREME aos Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados durante os últimos 42 anos no campo da informação e comunicação científica em saúde tem evoluído com a Biblioteca Virtual em Saúde e redes relacionadas, tornando-se um “bem público” regional crítico e essencial em conhecimento científico orientado ao desenvolvimento da pesquisa, educação e atenção à saúde;

Considerando que a BIREME desempenha uma função importante na cooperação internacional Sul-Sul com outras regiões em desenvolvimento do mundo através do compartilhamento de experiências e conhecimento em metodologias, tecnologias, produtos, serviços e formação de redes de informação científica em saúde;

Reconhecendo que a atual estrutura institucional da BIREME não foi substancialmente modificada em seus 42 anos de existência, e não atende adequadamente às necessidades atuais e futuras de governança, gestão e financiamento da BIREME;

Reconhecendo a importância histórica da contribuição do Governo do Brasil ao estabelecimento e manutenção contínua da BIREME naquele país, em particular as contribuições específicas efetuadas pelo Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e a Universidade Federal de São Paulo;

Levando em conta a importância de capacitar a BIREME a melhor realizar suas funções estratégicas por meio de uma estrutura institucional contemporânea para apoiar sua governança, gestão e financiamento;

Considerando a necessidade de fortalecer a sustentabilidade financeira da BIREME através do estabelecimento de uma estrutura de financiamento adequada, capaz de equilibrar fontes de receita ordinárias e extraordinárias,

RESOLVE:

1. Aprovar o Estatuto da BIREME aqui anexado como parte integrante dessa Resolução (anexo), com vigência a partir de 1 de janeiro de 2010.
2. Reafirmar a importância da cooperação entre o Governo do Brasil e a OPAS para a manutenção da BIREME, e instar o Governo do Brasil a continuar apoiando a BIREME e aumentar essa cooperação.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que efetue negociações com o Governo do Brasil para estabelecer um novo Acordo de Sede para a BIREME que defina as responsabilidades do Governo em relação à manutenção da BIREME, bem como seus privilégios e imunidades naquele país;
 - b) que efetue negociações com o Governo do Brasil, através dos Ministérios apropriados e da Universidade Federal de São Paulo, para estabelecer um novo Acordo de Instalações para a continuidade da operação da BIREME no campus da Universidade, incluindo as questões relacionadas a instalações físicas do BIREME, pessoal, coleção de publicações técnicas e demais apoios ao Centro;
 - c) que oriente o Secretariado da BIREME no sentido de tomar as medidas necessárias para programar as reuniões inaugurais dos recém estabelecidos Comitê Assessor e Comitê Científico da BIREME no primeiro semestre de 2010.

Anexo: Estatuto do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

PROJETO DE ESTATUTO DA BIREME

Artigo I Personalidade jurídica

O Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo seu nome original de Biblioteca Regional de Medicina ("BIREME"), é um Centro Especializado da Organização Pan-Americana da Saúde ("OPAS"), Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde ("OMS"), estabelecido em conformidade com as resoluções do Conselho Diretor da OPAS e operando continuamente no Brasil, com sede na cidade de São Paulo, desde sua criação, efetuada através de um acordo assinado entre a OPAS e o Governo da República Federativa do Brasil.

Artigo II Objetivo

O objetivo da BIREME é contribuir para o desenvolvimento da saúde das populações da Região das Américas, promovendo a cooperação entre países, a democratização do acesso à informação científica e técnica, legislação e o intercâmbio de conhecimento e evidências em prol da contínua melhoria dos sistemas de saúde, educação e de pesquisa.

Artigo III Funções

Para atingir o seu objetivo, a BIREME terá as seguintes funções de cooperação técnica, compreendidas no Plano Estratégico Regional da OPAS:

1. Apoiar e fortalecer os sistemas de informação em ciências da saúde nos estados membros da OPAS.
2. Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento de ações e políticas públicas em saúde, capacidades e infraestruturas nacionais e regionais para a aquisição, organização, acesso, publicação e uso de informação, conhecimento e evidência científica nos processos e decisões em saúde.
3. Contribuir para o desenvolvimento e fortalecimento de redes de instituições e indivíduos produtores, intermediários e usuários de informação científica, legal, técnica e factual em saúde, por meio da gestão e operação cooperativa de produtos, serviços e eventos de informação no espaço comum da Biblioteca Virtual em Saúde, em cooperação com as redes complementares nacionais, regionais e internacionais.

4. Contribuir para o desenvolvimento global de informação e comunicação científica em saúde por meio de alianças, programas, redes e projetos entre instituições internacionais, regionais e nacionais, com foco no aumento da visibilidade, acessibilidade, qualidade, uso e impacto da produção científica e técnica dos países e regiões em desenvolvimento.
5. Contribuir para o desenvolvimento das terminologias científicas e técnicas em saúde nos idiomas espanhol, francês, inglês e português.
6. Contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de educação à distância na Região das Américas, por meio da criação de infraestruturas e capacidades para o acesso e disseminação de informação como parte integral do Campus Virtual de Saúde Pública da OPAS.
7. Apoiar e promover a colaboração entre governos, profissionais, trabalhadores da saúde, usuários, instituições científicas e organismos internacionais afins, e a sociedade, de forma a criar e fortalecer sistemas nacionais de informação em saúde que promovam o ensino e a pesquisa continuada por meio da inovação e da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Artigo IV Quadro de membros

São Membros da BIREME aqueles abaixo definidos, nas seguintes categorias: Estados Membros, Estados Participantes e Organizações Participantes.

1. Estados Membros da BIREME: Todos os Estados Membros da OPAS.*
2. Estados Participantes da BIREME: Qualquer Estado Membro da OMS poderá ser admitido como um "Estado Participante da BIREME", sendo necessário:
 - a. que o Estado Membro da OMS comunique ao Diretor** da OPAS a intenção de participar da cooperação científica e técnica e de contribuir financeiramente para a BIREME por meio de contribuições anuais estabelecidas pelo Comitê Assessor da BIREME e descrito no artigo IX do presente documento, e manifeste o reconhecimento do presente Estatuto e o comprometimento em atuar com base nas suas respectivas normativas, e

* Inclui os Estados Membros, os Estados Participantes e Membros Associados da OPAS.

** Nesse documento a Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana será mencionada como Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde.

- b. que o Comitê Assessor aprove a proposta de incorporação como Estado Participante da BIREME, por uma maioria de dois terços de seus Membros.
3. Organizações Participantes da BIREME: qualquer organização internacional pública e com qualificação específica relacionada à informação e comunicação científica e técnica poderá ser admitida como “Organização Participante da BIREME”, sendo necessário:
 - a. que a organização internacional comunique ao Diretor da OPAS a intenção de participar da cooperação científica e técnica e de contribuir financeiramente para a BIREME, com a contribuição anual estabelecida pelo Comitê Assessor da BIREME e descrito no artigo IX do presente documento, e manifeste o reconhecimento do presente Estatuto e o comprometimento em atuar com base nas suas respectivas normativas; e
 - b. que o Comitê Assessor aprove a proposta de incorporação como Organização Participante da BIREME, por uma maioria de dois terços de seus Membros.
4. Um Estado Participante ou Organização Participante pode sair do Quadro de Membros da BIREME mediante comunicação ao Diretor da OPAS e ao Comitê Assessor. A saída será efetivada 6 (seis) meses após recebimento da notificação pelo Diretor da OPAS.

Artigo V Estrutura

A BIREME será composta pelos seguintes órgãos:

- (1) Comitê Assessor
- (2) Comitê Científico
- (3) Secretariado

Artigo VI O Comitê Assessor

O Comitê Assessor é órgão permanente da BIREME e desempenha funções de assessoria ao Diretor da OPAS.

1. O Comitê Assessor da BIREME será constituído por Membros designados com a seguinte composição:
 - a. dois (2) membros permanentes: um (1) nomeado pelo Representante do Governo do Brasil e um (1) pela Diretora da OPAS;

- b. cinco (5) membros não permanentes, selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor da OPAS dentre do Quadro de Membros da BIREME, descritos no artigo IV, levando em consideração a representação geográfica.
2. Os Membros não Permanentes do Comitê Assessor da BIREME deverão ser alternados a cada 3 (três) anos. No entanto, o Conselho Diretor da OPAS poderá designar um período de alternância menor, caso entenda necessário para a manutenção do equilíbrio entre os Membros do Comitê Assessor.
3. O número de Membros não-Permanentes do Comitê Assessor poderá ser ajustado pelo Conselho Diretor da OPAS à medida que novos Membros forem admitidos no Quadro da BIREME.
4. O Comitê Assessor da BIREME deverá:
 - a. Fazer recomendações ao Diretor da OPAS sobre as funções programáticas da BIREME, com base no Plano Estratégico Regional da OPAS e no Plano de Trabalho de Cooperação Técnica da OPAS e nas recomendações dos Membros do Comitê Científico da BIREME;
 - b. revisar a proposta de Plano de Trabalho Bianual da BIREME, e fazer recomendações ao Diretor da OPAS com o objetivo de fortalecer e desenvolver as capacidades e infraestruturas nacionais e regionais de informação científica e técnica;
 - c. revisar a proposta de Orçamento Bianual da BIREME, e fazer recomendações ao Diretor da OPAS, com o objetivo de fortalecer a estrutura de financiamento;
 - d. propor as contribuições financeiras anuais dos Estados Participantes e Organizações Participantes;
 - e. avaliar a cooperação internacional da BIREME com outras regiões e fazer recomendações ao Diretor da OPAS para o seu aperfeiçoamento;
 - f. recomendar ao Diretor da OPAS, mediante exposição de motivos, que seja ajustado o número de Membros não-Permanentes do Comitê Assessor, com o objetivo de manter o equilíbrio na representação geográfica;
 - g. nomear os Membros do Comitê Científico da BIREME.
 - h. recomendar ao Conselho Diretor da OPAS, quando necessário, as emendas a este Estatuto;

- i. recomendar ao Diretor da OPAS o estabelecimento de comitês e grupos de trabalho técnicos para apoiar a BIREME no desempenho de suas funções programáticas, na execução do plano de trabalho e no tratamento de prioridades do setor saúde;
- j. adotar um regimento interno de funcionamento a ser aprovado por todos os seus membros em sessão ordinária;
- k. realizar uma sessão ordinária anual. Os Membros Permanentes do Comitê Assessor poderão solicitar ao Diretor da OPAS a realização de sessões extraordinárias.

Artigo VII O Comitê Científico

O Comitê Científico é um órgão permanente da BIREME, e desempenha funções de assessoria ao Diretor da OPAS e ao Comitê Assessor.

1. O Comitê Científico será composto de pelo menos cinco especialistas internacionais, designados por causa de sua reconhecida perícia em pesquisa científica, gerenciamento de informação e conhecimento em saúde, comunicação científica e técnica em saúde e seu conhecimento nas áreas de pesquisa, ética, desenvolvimento, operações e financiamento. Os membros do Comitê Científico serão nomeados como especialistas, e farão rodízio a cada três (3) anos.
2. Os membros do Comitê Científico serão nomeados pelo Comitê Assessor da BIREME, levando em consideração a diversidade temática e qualificação necessárias para o Comitê Científico desempenhar as suas funções. Os Estados Membros da BIREME podem cada um designar até dois especialistas, e a Diretora da OPAS pode designar especialistas adicionais, a serem incluídos na lista de especialistas internacionais a partir das quais essas nomeações serão efetuadas, levando em conta também a diversidade temática e qualificação necessária para o Comitê Científico desempenhar suas funções.
3. O Comitê Científico deverá:
 - a. fazer recomendações ao Comitê Assessor sobre as funções programáticas da BIREME de acordo com o estado da arte internacional em informação e comunicação científica, compreendendo: políticas e critérios de qualidade para seleção de conteúdos; gestão de informação, conhecimento e evidência científica; gestão editorial; infra-estrutura de armazenamento e recuperação de informação; bibliometria; infometria; e cienciometria;

- b. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor sobre as metodologias e tecnologias utilizadas pela BIREME na gestão de produtos e serviços de informação e recomendar as soluções e atualizações necessárias;
- c. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor na adoção de inovações em informação e comunicação científicas;
- d. assessorar o Diretor das OPAS e o Comitê Assessor na preparação e implantação do Plano de Trabalho Bianual da BIREME, de acordo com o Plano Estratégico da OPAS e o Plano de Trabalho Bianual da OPAS;
- e. assessorar o Diretor da OPAS e o Comitê Assessor na adoção de alianças internacionais para o desenvolvimento da informação e comunicação científicas em saúde;
- f. deverá adotar um regimento interno de funcionamento, a ser aprovado por todos os seus membros em sessão ordinária;
- g. promover uma sessão ordinária anual e representado por 3 (três) de seus membros, poderá solicitar ao Comitê Assessor da BIREME a realização de sessão extraordinária.

Artigo VIII Secretariado

Sujeito à autoridade geral e decisões do Diretor da OPAS, o Secretariado é órgão permanente da BIREME e responsável pela gestão e execução técnica e administrativa do Programa de Trabalho e Orçamento Bianual da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS.

1. O Secretariado será composto pelo Diretor da BIREME, e pelo pessoal técnico e administrativo necessários, segundo determinado pelo Diretor da OPAS e sujeito à disponibilidade de recursos financeiros.
2. O Diretor da BIREME será nomeado pelo Diretor da OPAS, mediante concurso internacional, e de acordo com as regras e normas da Organização Pan-Americana de Saúde.
3. Os funcionários do quadro de postos da BIREME serão nomeados de acordo com as regras e normas da OPAS.
4. O Diretor da BIREME será responsável perante o Diretor da OPAS pela gestão executiva da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS, devendo:

- a. preparar, com base no Plano Estratégico Regional da OPAS a Proposta do Plano de Trabalho Bianual e a Proposta Orçamentária Bianual da BIREME e submetê-las ao Comitê Assessor para revisão e recomendações ao Diretor da OPAS;
- b. fazer executar o Plano de Trabalho Bianual e o Orçamento Bianual da BIREME aprovados pelo Diretor da OPAS como parte integral do Plano de Trabalho Bianual da OPAS;
- c. promover e estabelecer colaboração com entidades e organizações relacionadas às funções programáticas da BIREME;
- d. promover e realizar alianças internacionais para o desenvolvimento da informação e comunicação científicas em saúde, em consonância com as prioridades da OPAS;
- e. representar a BIREME em eventos e iniciativas relacionadas às suas funções programáticas, na condição de Centro Especializado da OPAS;
- f. gerir as questões administrativas e financeiras da BIREME;
- g. apresentar Relatório Anual sobre o progresso da BIREME e submetê-lo ao Comitê Assessor para revisão e recomendações ao Diretor da OPAS;
- h. preparar qualquer outro relatório solicitado pelo Diretor da OPAS, pelo Comitê Assessor ou Comitê Científico da BIREME;
- i. exercer a função de Secretário *ex officio* das reuniões do Comitê Assessor e do Comitê Científico;
- j. aceitar verbas ou contribuições de pessoas físicas ou jurídicas por meio de acordos e/ou contratos, desde que relacionadas às funções da BIREME, e sujeitas às condições estabelecidas pelo Diretor da OPAS e a sua autorização por escrito.

Artigo IX Finanças

1. Os recursos para financiar o Plano de Trabalho Bienal da BIREME serão oriundos das seguintes fontes: a contribuição anual da OPAS determinada pela Diretora da OPAS; contribuição anual do Governo Brasileiro, em consonância com o convênio celebrado com a OPAS; contribuições anuais dos Estados Participantes

- e Organizações Participantes da BIREME, e de recursos financeiros de projetos, prestação de serviços e contribuições voluntárias.
2. Todas as contribuições anuais serão devidas a partir do dia 1º de janeiro de cada ano e deverão ser pagas até, no máximo, 30 de junho do mesmo ano.
 3. Os fundos e ativos da BIREME serão tratados como fundos fiduciários (*trust funds*) da OPAS e serão administrados de acordo com suas normas financeiras.
 4. Um Fundo de Capital de Giro será estabelecido em nome da BIREME de acordo com as regras e normas da OPAS.

Artigo X Privilégios e Imunidades

Os privilégios e imunidades da BIREME no Brasil como Centro especializado da OPAS, assim como as responsabilidades financeiras do Governo Brasileiro em relação à manutenção da BIREME, de acordo com o Artigo IX deste Estatuto, devem estar refletidos em Acordo específico entre a OPAS e o Governo Brasileiro.

Artigo XI Instalações

Os arranjos relacionados às instalações físicas e outros serviços fornecidos à BIREME, com sede desde sua criação na cidade de São Paulo, Brasil, no Campus da UNIFESP, devem estar refletidos em instrumento específico a ser firmado entre a OPAS, o Governo Brasileiro e a UNIFESP.

Artigo XII Emendas

As emendas a este Estatuto, recomendadas pelo Comitê Assessor da BIREME, entrarão em vigor quando aprovados pelo Conselho Diretor da OPAS.

Artigo XIII Vigência

As provisões deste Estatuto entrarão em vigência na data da aprovação pelo Conselho Diretor da OPAS.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R6: Eleição de cinco membros não permanentes do Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo adotado a Resolução CD49.R5 que estabelece o novo Estatuto do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME);

Observando que a estrutura de gestão descrita no novo Estatuto da BIREME requer o estabelecimento de um Comitê Consultivo;

Tendo em mente que o Artigo VI do novo Estatuto da BIREME estabelece que o Comitê Consultivo da BIREME deve ser composto por um representante nomeado pelo diretor da RSPA e um nomeado pelo Governo do Brasil como membros permanentes, e que cinco membros não permanentes devem serem selecionados e nomeados pelo Conselho Diretor ou pela Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS dentre a afiliação da BIREME (que atualmente inclui todos os Estados Membros da OPAS, Estados Participantes e Membros Associados), levando em consideração a representação geográfica;

Lembrando que o Artigo VI também exige que os cinco membros não permanentes do Comitê Consultivo da BIREME devem ser alterados a cada três (3) anos, e que o Conselho Diretor ou a Conferência Sanitária Pan-Americana da OPAS poderá indicar um período mais curto de rotação nos casos em que for necessário manter um equilíbrio entre os membros do Comitê Assessor,

RESOLVE:

1. Eleger três Estados Membros para atuar no Comitê Assessor da BIREME durante o período de três anos, e dois Estados Membros para o período de dois anos a partir de 1º de janeiro de 2010.
2. Posteriormente, eleger os membros não permanentes do Comitê Consultivo de forma escalonada, de modo que nenhuma eleição seria realizada em 2010, dois membros seriam eleitos em 2011 e três membros em 2012.
3. Declarar Argentina, Chile e República Dominicana eleitos como membros não permanentes do Comitê Consultivo da BIREME por um período de três anos.

4. Declarar Jamaica e México eleitos como membros não permanentes do Comitê Consultivo da BIREME por um período de dois anos.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R7: Nova escala de cotas para o período orçamentário de 2010-2011

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório do Presidente da 144ª Sessão do Comitê Executivo (Documento CD49/2), e a *Nova escala de cotas* (Documento CD49/7);

Tendo em mente que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala de contribuição a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) será baseada na escala de cotas adotada pela Organização dos Estados Americanos (OEA) para os seus membros;

Observando que a 140ª Sessão do Comitê Executivo, após ter considerado a aplicação das escalas de transição da OEA para os anos 2007 e 2008, decidiu na Resolução CE140.R5 (Junho 2007) adiar a aplicação da escala de cotas definitiva da OEA aos biênios subsequentes ao biênio 2008-2009;

Considerando que a 34ª Sessão Extraordinária da Assembléia Geral da OEA em novembro de 2007 adotou a Resolução AG/RES.1 (XXXIV-E/07) que estabeleceu a escala de cotas definitiva para seus membros aplicável aos anos de 2009, 2010 e 2011;

Tendo em consideração que vários Estados Membros expressaram preocupação em relação ao impacto financeiro para eles da aplicação da escala definitiva da OEA neste momento,

RESOLVE:

Aprovar a aplicação de duas escalas da OEA para o biênio 2010-2011 da OPAS da seguinte maneira: a escala de transição da OEA (2008) para o ano de 2010 e a escala definitiva da OEA (2009-2011) para o ano de 2011, para determinar as contribuições para OPAS, segundo indicado na seguinte tabela, a ser aplicada ao Programa e Orçamento para o período orçamentário 2010-2011.

Estado Membro	Cota de contribuição 2010	Cota de contribuição 2011
Antígua e Barbuda	0,024	0,022
Argentina	4,282	3,211
Bahamas	0,084	0,077
Barbados	0,080	0,060
Belize	0,026	0,022
Bolívia	0,060	0,046
Brasil	7,626	7,953
Canadá	13,761	13,761
Chile	1,112	1,073
Colômbia	0,807	0,839
Costa Rica	0,150	0,187
Cuba	0,496	0,241
Dominica	0,017	0,022
República Dominicana	0,165	0,206
Equador	0,165	0,206
El Salvador	0,084	0,105
França *	0,289	0,289
Grenada	0,022	0,022
Guatemala	0,150	0,187
Guiana	0,022	0,022
Haiti	0,060	0,045
Honduras	0,060	0,045
Jamaica	0,163	0,123
México	6,513	8,141
Países Baixos *	0,090	0,090
Nicarágua	0,060	0,045
Panamá	0,130	0,163
Paraguai	0,165	0,124
Peru	0,443	0,553
Porto Rico **	0,111	0,111
São Cristóvão e Nevis	0,022	0,022
Santa Lúcia	0,024	0,022
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022
Suriname	0,060	0,045
Trinidad e Tobago	0,180	0,152
Reino Unido*	0,060	0,060
Estados Unidos	59,445	59,445
Uruguai	0,223	0,181
Venezuela	2,747	2,060
	<u>100,000</u>	<u>100,000</u>

* Membro participante

** Membro associado

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R8: Programa e Orçamento da OPAS para 2010-2011

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o projeto de Programa e Orçamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para 2010-2011 (*Documento Oficial 333*), seu adendo e o documento CD49/5, Rev. 1;

Tendo considerado o relatório do Comitê Executivo (Documento CD49/2);

Considerando os significativos aumentos obrigatórios dos custos dos cargos com prazo fixo para 2010-2011, apesar dos contínuos e cautelosos esforços da Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) para reduzir o número de cargos com prazo fixo;

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

Tendo em mente Artigo 14.C da Constituição da OPAS e o Artigo III, parágrafos 3.5 e 3.6, do Regulamento Financeiro de OPAS,

RESOLVE:

1. Aprovar o programa de trabalho para a RSPA esboçado no projeto de Programa e Orçamento da OPAS para 2010-2011 (*Documento Oficial 333*).
2. Destinar para o exercício financeiro de 2010-2011 a importância de US\$ 339.852.341, que representa um aumento de 3,5% nas cotas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da OPAS, com relação ao biênio 2008-2009, assim distribuída:

SEÇÃO	TÍTULO	QUANTIA
1	Reduzir o ônus sanitário social e econômico das doenças transmissíveis	23.302.000
2	Combater a infecção por HIV/AIDS, tuberculose e malária	6.324.000
3	Prevenir e reduzir as doenças, a incapacidade e a morte prematura por afecções crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões	11.426.000
4	Reduzir a morbidade e mortalidade e melhorar a saúde durante etapas importantes da vida, inclusive gravidez, parto, período neonatal, infância e adolescência, e melhorar a saúde sexual e	11.694.000

SEÇÃO	TÍTULO	QUANTIA
	reprodutiva e promover o envelhecimento ativo e saudável de todos os indivíduos	
5	Reduzir as conseqüências para saúde de emergências, catástrofes, crises e conflitos, e minimizar seu impacto socioeconômico	3.893.000
6	Promover a saúde e o desenvolvimento, bem como prevenir ou reduzir fatores de risco tais como o uso de tabaco, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, dietas insalubres, sedentarismo e sexo desprotegido, que afetam o estado de saúde	7.611.000
7	Abordar os determinantes socioeconômicos fundamentais da saúde, mediante políticas e programas que melhorem a equidade na saúde e integrem enfoques em favor dos pobres, sensíveis ao gênero e baseados nos direitos humanos	8.068.000
8	Promover um ambiente mais sadio, intensificar prevenção primária e influenciar as políticas públicas em todos os setores, a fim de abordar as causas fundamentais de ameaças ambientais à saúde	13.399.000
9	Melhorar a nutrição, a inocuidade dos alimentos e a segurança alimentar ao longo de toda a vida e apoiar a saúde pública e o desenvolvimento sustentável	12.009.000
10	Melhorar a organização, a gestão e a prestação de serviços de saúde	8.111.000
11	Fortalecer a liderança, a governança e os fundamentos probatórios dos sistemas de saúde	32.026.000
12	Garantir melhoria do acesso, qualidade e uso de produtos e tecnologias médicas	7.565.000
13	Assegurar uma força de trabalho em saúde disponível, competente, receptiva e produtiva, a fim de melhorar os resultados de saúde	9.305.000
14	Estender a proteção social mediante financiamento justo, adequado e sustentável	5.207.000
15	Exercer liderança, fortalecer a governança e fomentar a parceria e a colaboração com os Estados Membros, o sistema das Nações Unidas e outros interessados diretos, a fim de cumprir o mandato da OPAS/OMS na promoção da agenda global de saúde, estabelecida no Décimo Primeiro Programa Geral de Trabalho da OMS, bem como na Agenda de Saúde para as Américas	65.885.000
16	Desenvolver e manter a OPAS/OMS como uma organização flexível, de aprendizagem, permitindo-lhe realizar seu mandato de maneira mais eficiente e efetiva	61.275.000
	Orçamento de trabalho vigente para 2010-2011 (Partes 1-16)	287.100.000
17	Contribuições do pessoal (Transferência ao Fundo de Equalização de Impostos)	52.752.341

SEÇÃO	TÍTULO	QUANTIA
	Total—todas as seções	339.852.341

3. Que as dotações serão financiadas por meio de:

(a) Cotas pertinentes a:

Estados Membros, Estados Participantes e Membros
Associados determinadas segundo a escala adotada.....239.152.341

(b) Receitas várias20.000.000

(c) Proporção destinada ao AMRO aprovada na 62^a Assembleia
Mundial da Saúde80.700.000

TOTAL339.852.341

4. No estabelecimento das cotas dos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados, as contribuições serão reduzidas ainda em função dos montantes a eles creditado no Fundo de Equalização Tributária, salvo pelo fato de que os créditos dos estados que impõem tributos sobre emolumentos recebidos da RSPA por seus cidadãos e residentes serão reduzidos de acordo com os montantes de tais reembolsos tributários pela RSPA.

5. Que, de acordo com o Regulamento Financeiro da OPAS, quantias não superiores às dotações indicadas no parágrafo 2 estarão disponíveis para o pagamento de obrigações contraídas durante o período de 1º de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011, inclusive; não obstante o disposto neste parágrafo, as obrigações contraídas durante o período 2010-2011 serão limitadas ao orçamento de trabalho em vigor, ou seja, as partes 1-16 da tabela de dotações do parágrafo 2.

6. Que a Diretora estará autorizada a efetuar transferências entre as partes correspondentes a dotações no orçamento de trabalho vigente, até um montante não superior a 10% da quantia apropriada para a parte da qual é feita a transferência; transferências entre partes do orçamento, em montante superior a 10% da parte da qual o crédito é transferido, podem ser feitas com a concordância do Comitê Executivo, devendo todas as transferências de créditos do orçamento ser comunicadas ao Conselho Diretor ou à Conferência Sanitária Pan-Americana.

7. Que até 5% do orçamento imputado ao nível do país serão postos em reserva a título de “componente variável da alocação aos países”, segundo o estipulado na Política do Orçamento Regional por Programas. As despesas do componente variável da alocação aos países serão autorizadas pela Diretora de acordo com os critérios aprovados pela 2ª Sessão do Subcomitê para Programas, Orçamento e Administração, apresentados à 142ª Sessão do Comitê Executivo no Documento CE142/8. Os gastos efetuados por conta do componente variável da alocação aos países serão refletidos nas apropriações correspondentes das partes 1-16 por ocasião da notificação.

8. Estimar em US\$ 355.851.000 o montante das despesas no programa e orçamento para 2010-2011 a serem financiadas por outras fontes, conforme indicado no *Documento Oficial 333*.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R9: Contribuições atribuídas aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para 2010-2011

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Considerando que na Resolução CD49.R8 o Conselho Diretor aprovou o Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011 (*Documento Oficial 333*), seu Adendo, e documento CD49/5, Rev. 1;

Tendo em mente que o Código Sanitário Pan-Americano estabelece que a escala das contribuições atribuídas a ser aplicada aos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde será baseada na escala de contribuições adotada pela Organização dos Estados Americanos para os seus membros, e que na Resolução CD49.R7 o Conselho Diretor adotou a nova escala de contribuições para os membros da OPAS para o biênio 2010-2011,

RESOLVE:

Estabelecer as contribuições atribuídas aos Estados Membros, Estados Participantes e Membros Associados da Organização Pan-Americana da Saúde para o exercício financeiro 2010-2011 de acordo com a escala de contribuições mostrada abaixo e em quantias correspondentes, que representam um aumento de 3,5% em relação ao biênio 2008-2009.

CONTRIBUIÇÕES DOS ESTADOS MEMBROS, ESTADOS PARTICIPANTES E MEMBROS ASSOCIADOS DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE 2010-2011										
(1)	(2)		(3)		(4)		(5)		(6)	
Membros	Escala ajustada aos Membros da OPAS		Quota Bruta		Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		Ajuste para taxas cobradas pelos Estados Membros sobre a remuneração dos funcionários da RSPA		Quota Líquida	
	2010 %	2011 %	2010 US\$	2011 US\$	2010 US\$	2011 US\$	2010 US\$	2011 US\$	2010 US\$	2011 US\$
Estados Membros:										
Antigua e Barbuda	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
Argentina	4,282	3,211	5.120.251	3.839.591	1.129.427	846.939			3.990.824	2.992.652
Bahamas	0,084	0,077	100.444	92.074	22.156	20.310			78.288	71.764
Barbados	0,080	0,060	95.661	71.746	21.101	15.826			74.560	55.920
Belize	0,026	0,022	31.090	26.307	6.858	5.803			24.232	20.504
Bolívia	0,060	0,046	71.746	55.005	15.826	12.133			55.920	42.872
Brasil	7,626	7,953	9.118.879	9.509.893	2.011.447	2.097.697			7.107.432	7.412.196
Canadá	13,761	13,761	16.454.876	16.454.876	3.629.624	3.629.624	25.000	25.000	12.850.252	12.850.252
Chile	1,112	1,073	1.329.687	1.283.052	293.303	283.016			1.036.384	1.000.036
Colômbia	0,807	0,839	964.980	1.003.244	212.856	221.296			752.124	781.948
Costa Rica	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Cuba	0,496	0,241	593.098	288.179	130.826	63.567			462.272	224.612
Dominica	0,017	0,022	20.328	26.307	4.484	5.803			15.844	20.504
República Dominicana	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
Equador	0,165	0,206	197.301	246.327	43.521	54.335			153.780	191.992
El Salvador	0,084	0,105	100.444	125.555	22.156	27.695			78.288	97.860
Granada	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Guatemala	0,150	0,187	179.364	223.607	39.564	49.323			139.800	174.284
Guiana	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Haiti	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Honduras	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Jamaica	0,163	0,123	194.909	147.079	42.993	32.443			151.916	114.636
México	6,513	8,141	7.787.996	9.734.696	1.717.880	2.147.284			6.070.116	7.587.412
Nicaragua	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Panamá	0,130	0,163	155.449	194.909	34.289	42.993			121.160	151.916

(1) Membros	(2) Escala ajustada aos Membros da OPAS		(3) Quota Bruta		(4) Crédito do Fundo de Equalização de Impostos		(5) Ajuste para taxas cobradas pelos Estados Membros sobre a remuneração dos funcionários da RSPA		(6) Quota Líquida	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
	%	%	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$	US\$
Paraguai	0,165	0,124	197.301	148.274	43.521	32.706			153.780	115.568
Peru	0,443	0,553	529.722	661.256	116.846	145.860			412.876	515.396
São Cristovão e Névis	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Santa Lúcia	0,024	0,022	28.698	26.307	6.330	5.803			22.368	20.504
São Vicente e Granadinas	0,022	0,022	26.307	26.307	5.803	5.803			20.504	20.504
Suriname	0,060	0,045	71.746	53.809	15.826	11.869			55.920	41.940
Trinidad e Tobago	0,180	0,152	215.237	181.756	47.477	40.092			167.760	141.664
Estados Unidos da América	59,445	59,445	71.082.053	71.082.053	15.679.313	15.679.313	5.100.000	5.100.000	60.502.740	60.502.740
Uruguai	0,223	0,181	266.655	216.433	58.819	47.741			207.836	168.692
Venezuela	2,747	2,060	3.284.757	2.463.269	724.553	543.349			2.560.204	1.919.920
Subtotal	99,450	99,450	118.918.501	118.918.500	26.231.101	26.231.100	5.125.000	5.125.000	97.812.400	97.812.400
Estados Participantes:										
França	0,289	0,289	345.575	345.575	76.227	76.227			269.348	269.348
Países Baixos	0,090	0,090	107.619	107.619	23.739	23.739			83.880	83.880
Reino Unido	0,060	0,060	71.746	71.746	15.826	15.826			55.920	55.920
Subtotal	0,439	0,439	524.940	524.940	115.792	115.792			409.148	409.148
Membros Associados:										
Porto Rico	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
Subtotal	0,111	0,111	132.730	132.730	29.278	29.278			103.452	103.452
TOTAL	100,000	100,000	119.576.171	119.576.170	26.376.171	26.376.170	5.125.000	5.125.000	98.325.000	98.325.000

(5) Esta coluna inclui valores estimados a serem recebidos pelos respectivos Estados Membros em 2010-2011 a respeito dos impostos cobrados sobre os salários de funcionários da RSPA, ajustado pela diferença entre o valor calculado e o valor real de anos anteriores.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R10: Política de pesquisa para a saúde

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório *Política de pesquisa para a saúde* (documento CD49/10);

Recordando as resoluções WHA58.34 sobre a Cúpula Ministerial sobre Pesquisa em Saúde e WHA60.15 sobre a função e responsabilidades da OMS nas pesquisas sanitárias; a contribuição regional da OPAS ao Fórum Ministerial Mundial sobre Pesquisa em Saúde, incluindo o relatório sobre o progresso realizado em relação à resolução WHA58.34 entregue ao 48º Conselho Diretor; e o relatório apresentado pelo Comitê Assessor sobre Pesquisa em Saúde à 27ª Conferência Sanitária Pan-Americana;

Consciente de que, à medida que nosso mundo em rápida transformação enfrente importantes desafios ambientais, demográficos, sociais e econômicos, a pesquisa será cada vez mais essencial para esclarecer a natureza e alcance dos problemas de saúde; identificar intervenções e estratégias eficazes, seguras e apropriadas; abordar a equidade em matéria de saúde e os fatores determinantes da saúde; e cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017;

Compreendendo que a melhoria dos resultados de saúde requer pesquisas multidisciplinares e intersetoriais;

Reconhecendo que a pesquisa para a saúde é uma função essencial de saúde pública que deve ser incrementada e fortalecida ainda mais nos Estados Membros;

Afirmando a importância das funções e responsabilidades da OPAS na pesquisa para a saúde, como a principal organização regional de saúde pública;

Reconhecendo a necessidade de fortalecer a capacidade do setor público em matéria de pesquisa de saúde;

Reconhecendo a necessidade de comunicar melhor e integrar os resultados e as atividades de pesquisa da OPAS em toda a Organização e com seus Estados Membros e aliados;

Consciente de que a OPAS e seus Estados Membros devem manter mecanismos funcionais de governança na pesquisa para a saúde e conscientes de que os sistemas nacionais funcionais de pesquisa sanitária podem obter um maior proveito da pesquisa ao promover a eficiência, ao velar por uma gestão eficaz e ao coordenar a pesquisa para as atividades sanitárias;

Levando em conta a resolução WHA61.21 sobre a Estratégia Mundial e o Plano de Ação sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual e a resolução CD48.R15 do 48º Conselho Diretor sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual: uma Perspectiva Regional;

Tomando nota das referências à pesquisa para a saúde do Relatório da Comissão de Direitos de Propriedade Intelectual, Inovação e Saúde Pública, bem como as conclusões e recomendações pertinentes da Comissão da OMS sobre Determinantes Sociais da Saúde;

Levando em conta os resultados do Fórum Ministerial Mundial sobre Pesquisa em Saúde (que se reuniu em Bamako de 17 a 19 de novembro de 2008), as contribuições regionais apresentadas ao Conselho Diretor, as conclusões da 1ª Conferência Latino-Americana sobre Pesquisa e Inovação para Saúde e a Estratégia da OMS sobre Pesquisas em Saúde,

RESOLVE:

1. Ratificar a Política de pesquisa para a saúde da OPAS (documento CD49/10).
2. Instar os Estados Membros:
 - a) a que reconheçam a importância da pesquisa para a saúde e a equidade em matéria de saúde e adotem e implementem políticas sobre pesquisa para a saúde que se harmonizem com os planos nacionais de saúde, abranjam todos os setores públicos e privados pertinentes, alinhem o apoio externo em torno de prioridades mutuas e fortaleçam as instituições nacionais mais importantes;
 - b) a que considerem a possibilidade de inspirar-se na política da OPAS sobre pesquisa para a saúde conforme suas circunstâncias e contextos nacionais e como parte de suas políticas gerais sobre a saúde e a pesquisa sanitária;
 - c) a que colaborem com a OPAS para fortalecer e monitorar os sistemas nacionais de pesquisa em saúde mediante melhoria da qualidade e gestão da pesquisa para a saúde, concentração nas necessidades nacionais, estabelecimento de mecanismos eficazes de pesquisa institucional, emprego sistemático de evidências científicas para elaborar as políticas sanitárias, desenvolvimento das habilidades necessárias por meio de maior capacitação dos pesquisadores de saúde, incentivo à participação na pesquisa e harmonização e coordenação do apoio nacional e externo;

- d) a que estabeleçam, conforme seja necessário e apropriado, mecanismos de governança da pesquisa para a saúde com o fim de obter uma coordenação eficaz e enfoques estratégicos entre os setores pertinentes, garantir a aplicação rigorosa de normas e padrões de pesquisa adequados, incluindo a proteção de sujeitos humanos que participem na pesquisa, e promover um diálogo aberto entre os formuladores de políticas e os pesquisadores em relação às necessidades, capacidades e limitações nacionais referentes à saúde;
 - e) a que continuem colaborando com a OPAS e seus centros especializados para apoiar o ponto de vista segundo o qual os resultados de pesquisas essenciais para a saúde e o desenvolvimento devem continuar acessíveis e disponíveis, incluindo, se for o caso, no domínio público;
 - f) a que promovam a colaboração intersetorial e a pesquisa de qualidade a fim de gerar os dados de pesquisa necessários para que as políticas adotadas em todos os setores contribuam para a melhoria da saúde e a equidade em matéria de saúde;
 - g) a que iniciem ou fortaleçam a colaboração internacional e sub-regional como uma maneira de obter eficiências de escala na pesquisa ao compartilhar experiências, boas práticas e recursos, agregando os mecanismos de capacitação e aquisições e usando métodos comuns e padronizados de avaliação da pesquisa;
 - h) a que continuem buscando financiamento para a pesquisa em saúde e seu monitoramento, conforme enunciado na resolução WHA58.34 e de acordo com a Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda;
 - i) a que estabeleçam comitês de revisão ética e adotem princípios éticos para os testes clínicos com seres humanos, com referência à Declaração de Helsinque e outros textos pertinentes sobre os princípios éticos da pesquisa médica em seres humanos.
3. Convidar os Estados Membros, a comunidade de pesquisa para a saúde, o sistema interamericano, o sistema das Nações Unidas e outras organizações internacionais, os promotores da pesquisa, o setor privado, organizações da sociedade civil e outros interessados diretos pertinentes:
- a) a que prestem apoio à Secretaria da OPAS para que implemente e monitore a Política de Pesquisa para a Saúde e avalie sua eficácia;

- b) a que colaborem com a OPAS, no âmbito da Política, para determinar as prioridades na pesquisa para a saúde, formular diretrizes em relação à pesquisa para a saúde, criar registros e mecanismos de monitoramento e intercambiar informações e dados úteis;
- c) a que ajudem a OPAS e seus parceiros de pesquisa a mobilizar e monitorar os recursos destinados às prioridades regionais e sub-regionais determinadas para a pesquisa para a saúde;
- d) a que colaborem com a OPAS para alinhar e coordenar melhor a arquitetura mundial e regional das pesquisas para a saúde e sua governança mediante a racionalização das parcerias existentes, a fim de melhorar a coerência e as repercussões e aumentar a eficiência e a equidade;
- e) a que prestem especial atenção às solicitações de cooperação em matéria de pesquisa apresentadas por Estados Membros com necessidades prementes, notadamente em áreas tais como a transferência de tecnologias, força de trabalho para a pesquisa, desenvolvimento da infraestrutura, os determinantes da saúde, em particular quando contribuam para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a equidade em matéria de saúde e uma melhor saúde para todos;
- f) a que apóiem, quando for procedente, a cooperação técnica destinada a elevar os padrões da pesquisa para a saúde nos Estados Membros.

4. Solicitar à Diretora:

- a) que assuma a liderança na determinação das prioridades regionais para a pesquisa para a saúde mediante a promoção de esquemas de colaboração para a detecção de necessidades e problemas de pesquisa em conjunto com os Estados Membros;
- b) que execute e incorpore a Política de Pesquisa para a Saúde em todos os níveis da Organização, assim como com os parceiros, e a alinhe com as resoluções pertinentes, como a resolução CD48.R15, *Saúde pública, inovação e propriedade intelectual: uma perspectiva regional*;
- c) que assegure a aplicação dentro da OPAS das normas e padrões mais elevados da boa pesquisa, incluindo os concernentes a aspectos técnicos, éticos e metodológicos, difunda e promova o acesso aos resultados de pesquisas e promova sua tradução em políticas e práticas, e examine e harmonize a organização e a governança das atividades de pesquisa e parcerias da OPAS;

- d) que siga facilitando a capacitação do pessoal da OPAS nas habilidades necessárias para usar de maneira apropriada e eficaz a pesquisa em cada atividade pertinente da OPAS;
- e) que proporcione recursos básicos adequados nos projetos de orçamento por programas para a execução da Política de Pesquisa para a Saúde;
- f) que preste apoio aos Estados Membros, a pedido e desde que os recursos o permitam, para fortalecer os sistemas nacionais de pesquisa sanitária e estabelecer uma colaboração intersetorial eficaz;
- g) que colabore construtivamente com outras organizações internacionais, redes e interessados diretos, incluindo os centros de excelência e os centros colaboradores da OMS, para promover a eficiência e obter maior impacto com esta política;
- h) que apóie a promoção e a execução eficaz da Estratégia da OMS sobre Pesquisa para a Saúde, com a provisão periódica de informação aos Estados Membros, o envolvimento ativo de todos os grupos relevantes na OPAS e a elaboração de estratégias e planos de ação para a Política de Pesquisa para a Saúde com a participação dos Estados Membros em consulta com outros atores, incluindo a sociedade civil;
- i) que promova a transparência, com a colaboração dos Estados Membros, e, quando apropriado, a divulgação de informação útil para o desenvolvimento e para os resultados da pesquisa.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49.R11: Plano de ação para prevenção da cegueira e deficiências visuais evitáveis

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o Documento CD49/19 *Plano de Ação para prevenção da cegueira e deficiências visuais evitáveis*;

Recordando a Resolução WHA56.26 da Assembléia Mundial da Saúde na eliminação da cegueira evitável;

Observando que a incapacidade visual é um problema prevalente na Região e está ligada à pobreza e marginalização social;

Consciente de que a maioria das causas da cegueira é evitável e que os tratamentos disponíveis se encontram entre os de maior êxito e são os mais econômicos de todas as intervenções de saúde;

Reconhecendo que a prevenção da cegueira e da deficiência visual alivia a pobreza e melhora as oportunidades para a educação e emprego;

Apreciando os esforços feitos recentemente pelos Estados Membros para prevenir a cegueira evitável, porém consciente da necessidade de outras ações,

RESOLVE:

1. Aprovar o Plano de Ação para a Prevenção da Cegueira Evitável e Deficiência Visual.
2. Insta os Estados Membros a:
 - a) estabelecer comitês coordenadores nacionais que ajudem a elaborar e implantar planos nacionais de prevenção à cegueira;
 - b) incluir prevenção da cegueira evitável e deficiência visual nos planos e objetivos de desenvolvimento nacional;
 - c) impulsionar a integração da prevenção da cegueira e deficiência visual nos planos e programas existentes para a atenção primária à saúde no âmbito nacional, assegurando sua sensibilidade ao gênero e à etnia;
 - d) apoiar a captação dos recursos para eliminar a cegueira evitável;
 - e) incentivar as parcerias entre o setor público, organizações não governamentais, setor privado, sociedade civil e comunidades em programas e atividades que promovam a prevenção da cegueira;
 - f) promover a cooperação entre países nas áreas de prevenção e atenção à cegueira e à deficiência visual.
3. Solicitar à Diretora:
 - a) que apóie a implantação do Plano de Ação na Prevenção da Cegueira Evitável e da Deficiência Visual;

- b) que mantenha e fortaleça a colaboração do Secretariado da OPAS com os Estados Membros na prevenção da cegueira;
- c) que promova a cooperação técnica entre os países e o estabelecimento de parcerias estratégicas em atividades de proteção da saúde ocular.

(Sétima reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R12: Plano de ação para a aplicação da Política de Igualdade de Gênero

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório do Diretor *Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero* (Documento CD49/13);

Recordando o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (Beijing, 1995), as recomendações e relatórios da Conferência Pequim mais 10 (2005), o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas chegou a um acordo quanto a conclusões (1997/2), a Declaração do Milênio das Nações Unidas (2000), o Resultado da Cúpula Mundial de 2005 (Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas A/RES/60/1), e a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde WHA58.30 sobre a aceleração da consecução das metas de desenvolvimento relacionadas com a saúde acordadas em âmbito internacional, inclusive aquelas contidas na Declaração do Milênio, na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), no Protocolo para a Prevenção, Supressão e Punição do Tráfico de Pessoas, Especialmente as Mulheres e Crianças, e na Convenção interamericana para a Prevenção, a Punição e Erradicação da Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará);

Observando a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a integração de gênero (WHA60.25) que insta os Estados Membros a formular estratégias para integrar o gênero nos sistemas de saúde e solicita que o diretor-geral integre a análise de problemas de gênero e ações de gênero no trabalho da OMS;

Reconhecendo a adoção e implantação das políticas de igualdade de gênero em Estados Membros, no sistema das Nações Unidas e no sistema interamericano;

Recordando a Resolução CD46.R16 do 46º Conselho Diretor, que adota a Política de Igualdade de Gênero da OPAS;

Consciente de que as desigualdades de gênero na saúde persistem na Região, e reconhecendo a evidência de que a integração do gênero nas leis, políticas, programas e projetos de saúde melhora a equidade, eficácia e eficiência na saúde pública;

Reconhecendo que o Plano de Ação visa a solução das desigualdades de gênero persistentes em saúde pela implementação da Política de Igualdade de Gênero nas leis, políticas, programas, sistemas de monitoração e pesquisa da OPAS e de todos os Estados Membros,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a:
 - a) adotar e promover a execução do Plano de Ação para a Aplicação da Política de Igualdade de Gênero como um marco para alcançar a igualdade de gênero na saúde;
 - b) desenvolver planos nacionais, políticas e leis de saúde para impulsionar a integração da igualdade de gênero nos sistemas de saúde, e elaborar políticas, programas e leis de saúde específicas com uma perspectiva de igualdade de gênero, e assegurar que sejam implementados através do estabelecimento ou fortalecimento de um escritório de gênero no âmbito do Ministério da Saúde;
 - c) gerar relatórios sistemáticos sobre a desigualdade de gênero na saúde para planejamento, promoção de causa e monitoração através da produção, análise e uso de informações desagregadas por sexo e outras variáveis relevantes;
 - d) facilitar o estabelecimento de grupos consultivos nacionais intersetoriais que incluam organizações da sociedade civil para apoiar o setor da saúde na execução do Plano de Ação;
 - e) promover e fortalecer parcerias com outras instituições das Nações Unidas e outras organizações para apoiar a implantação do Plano de Ação.
2. Solicitar o Diretor a:
 - a) assegurar a implantação do Plano de Ação e apoiar os Estados Membros no progresso da implementação dos planos nacionais para integrar a igualdade de gênero nos sistemas de saúde;
 - b) fornecer conhecimento sobre os avanços e boas práticas para alcançar a igualdade de gênero na saúde, e também sobre as ameaças a esse fim;

- c) facilitar o monitoramento do progresso da implantação do Plano de Ação no trabalho e colaboração técnica da Secretaria;
- d) contar com o apoio de um Grupo Consultivo Técnico e outros mecanismos internos e externos que incluam a participação da sociedade civil para a execução e monitoramento do Plano de Ação;
- e) promover e fortalecer parcerias com outras instituições das Nações Unidas e outras organizações para apoiar a implantação do Plano de Ação.

(Sétima reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R13: Saúde familiar e comunitária

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o documento conceitual *Saúde familiar e comunitária* (documento CD49/20);

Reconhecendo que a Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017 requer o aumento da proteção social e o acesso a serviços de saúde de qualidade, que se abordem os fatores determinantes da saúde, que diminuam as desigualdades em matéria de saúde entre os países e as iniquidades dentro deles; que se reduzam os riscos e a carga de doença e se fortaleçam a gestão e o desenvolvimento do pessoal de saúde;

Levando em conta o “Relatório sobre a saúde no mundo 2008”, sobre atenção primária à saúde e a necessidade de elaborar e fortalecer as políticas públicas para ampliar a cobertura na prestação de serviços de saúde de qualidade com uma orientação de saúde familiar e comunitária;

Consciente dos mandatos internacionais e regionais acerca da saúde familiar e comunitária, e reconhecendo que, para poder alcançar as metas de saúde estabelecidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio nos níveis nacional, regional e mundial, é necessário cumpri-las no âmbito local com a participação e colaboração dos serviços sociais e de saúde, com as famílias e as comunidades,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - a) a que adotem um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária como um quadro eficaz para promover e integrar políticas sociais, estratégias de desenvolvimento local, programas de saúde pública e serviços de atenção à saúde com o objetivo de fortalecer a capacidade das famílias e das comunidades para enfrentar as dificuldades e assegurar a saúde e bem-estar de seus membros;
 - b) a que enfatizem ações específicas para abordar os determinantes da saúde e promovam melhores condições sociais e econômicas, principalmente para homens e mulheres jovens;
 - c) a que redobrem seus esforços para garantir o acesso universal a serviços e programas de saúde, tanto individuais como coletivos, como um componente fundamental de uma agenda de proteção social, mediante o desenvolvimento de sistemas integrados de saúde baseados na atenção primária à saúde, concentrando-se nas áreas programáticas chaves para o avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;
 - d) a que fortaleçam o desenvolvimento, a governança, a gestão e o desempenho de redes integradas de serviços de saúde centradas na população para responder às necessidades de saúde específicas das pessoas em diferentes etapas de sua vida e no contexto de suas famílias e comunidades;
 - e) a que invistam na capacitação dos recursos humanos necessários para manter a extensão e a ampliação de serviços multidisciplinares e em equipamento de atenção primária à saúde, bem como dos programas e intervenções de saúde pública com um enfoque integral e intercultural de saúde familiar e comunitária.
2. Solicitar à Diretora:
 - a) que apoie o desenvolvimento de modelos de atenção e capacitação de recursos humanos, assim como a organização, gestão e prestação de serviços de saúde centrados na família e na comunidade para prestar atenção de saúde integral, contínua, integrada e de qualidade com enfoques de gênero e interculturalidade;
 - b) que propicie a incorporação do enfoque de saúde familiar e comunitária nos programas da OPAS;

- c) que promova a participação de organismos internacionais, instituições científicas e técnicas, organizações da sociedade civil, o setor privado e outros, em iniciativas de apoio nacionais e locais sobre saúde familiar e comunitária, com ênfase em países prioritários e áreas e populações das Américas que carecem de proteção social;
- d) que facilite o intercâmbio de experiências e boas práticas em matéria de saúde familiar e comunitária entre países e fortaleça os mecanismos para a pesquisa operacional e a avaliação e o acompanhamento padronizados de atividades de saúde familiar e comunitária, a fim de poder fazer comparações internacionais e longitudinais de sua eficácia e eficiência.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R14: Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem* (Documento CD49/12), com base no Plano Estratégico da OPAS 2008-2012;

Considerando a resolução da Assembleia Mundial da Saúde sobre a Estratégia para a Saúde e o Desenvolvimento da Criança e do Adolescente (WHA56.21, 2003) convocando os governos a fortalecer e ampliar os esforços para alcançar cobertura plena dos serviços e promover o acesso a uma ampla gama de informações sanitárias para os adolescentes; a Cooperação Ibero-americana e o Plano de Integração de Jovens 2009-2015; e a Resolução CD48.R5 do Conselho Diretor da OPAS sobre a Estratégia Regional para a Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem 2010-2018, na qual os governos reconheceram formalmente as necessidades diferenciadas da população de jovens e aprovaram a elaboração de um plano de ação;

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

Compreendendo que a passagem com êxito pela adolescência e juventude é essencial para sociedades prósperas economicamente, participativas e saudáveis;

Reconhecendo que a saúde do adolescente e do jovem é um aspecto-chave do desenvolvimento econômico e social nas Américas; que seus comportamentos e problemas de saúde são uma parte importante do ônus da morbidade geral; que o custo associado ao tratamento das doenças crônicas é alto; e que a prevenção eficaz e medidas de intervenção precoce estão disponíveis;

Considerando que os desfechos para a saúde do adolescente e do jovem serão mais eficazes se a promoção da saúde, atenção primária à saúde, proteção social e determinantes sociais forem levados em consideração ao se abordar os tópicos prioritários de saúde para essas populações;

Reconhecendo que a OPAS tem cooperado com os países da Região ao estabelecer bases técnicas e conceituais e infraestrutura para o desenvolvimento de políticas e programas nacionais de saúde do adolescente e do jovem;

Com a preocupação de que as necessidades específicas dos adolescentes e dos jovens não têm sido tratadas adequadamente e que a conquista das metas internacionais requererá esforços adicionais em saúde do adolescente e do jovem;

Considerando a importância de um plano de ação para operacionalizar a Estratégia Regional para Melhoria da Saúde do Adolescente e do Jovem, que guiará a preparação de futuros planos nacionais de saúde do adolescente e do jovem, se apropriado, e planos estratégicos de todas as organizações interessadas em cooperação para a saúde nesta faixa etária nos países das Américas,

RESOLVE:

1. Respalda o Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem para atender de modo eficaz e eficiente às necessidades atuais e emergentes em saúde do adolescente e do jovem com consideração específica das desigualdades prevalentes quanto ao estado de saúde, e fortalecer a resposta de sistema de saúde de elaborar e implementar políticas, legislação, planos, programas e serviços para adolescentes e jovens.
2. Instar os Estados Membros a:
 - a) priorizar a melhoria da saúde do adolescente e do jovem e a redução dos fatores de risco ao estabelecer e/ou fortalecer programas nacionais e assegurar os recursos apropriados, e melhorar a coordenação dentro do setor da saúde e com parceiros em outros setores a fim de assegurar que ações e iniciativas para a saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem sejam executadas, minimizando repetir esforços e maximizando o impacto dos recursos limitados;

- b) elaborar e implantar os planos nacionais e promover a implementação das políticas públicas orientadas pelo Plano de Ação, enfocando as necessidades das populações vulneráveis e de baixa renda;
- c) coordenar com outros países na Região a implementação das atividades contidas em seus planos de ação e a difusão e uso das ferramentas que promovam a saúde do adolescente e do jovem;
- d) executar o Plano de Ação, se apropriado, dentro de um enfoque integrado do sistema de saúde com base na atenção primária à saúde, enfatizando a ação intersetorial e monitorando e avaliando a eficácia dos programas e alocações de recursos;
- e) promover a coleta, o compartilhamento e o uso de dados sobre a saúde do adolescente e do jovem desagregada por idade, gênero e grupo étnico e o uso de uma análise de gênero, novas tecnologias (por exemplo, sistemas geográficos de informação) e modelos de projeção para fortalecer o planejamento, a realização e o monitoramento dos planos, políticas, programas nacionais, leis e intervenções relacionadas com a saúde do adolescente e do jovem;
- f) promover e estabelecer contextos capacitadores que fomentem a saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem;
- g) expandir a cobertura e acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo promoção, prevenção, tratamento eficaz e atenção continuada, para aumentar sua demanda e utilização por adolescentes e jovens;
- h) apoiar a capacitação para os responsáveis pela formulação de política, gerentes de programas e profissionais da área da saúde para elaborar políticas e programas que visam promover o desenvolvimento da comunidade e prestar serviços de saúde de qualidade eficazes, abordando as necessidades de saúde do adolescente e do jovem e seus determinantes de saúde;
- i) conseguir a participação dos adolescentes e dos jovens, de suas famílias, comunidades, escolas e outras instituições e organizações apropriadas na provisão de programas de promoção e prevenção próprios para a idade e culturalmente sensíveis como parte do amplo enfoque amplo para melhorar a saúde e o bem-estar do adolescente e do jovem;
- j) estabelecer parcerias com a mídia para promover imagens positivas de adolescentes e jovens que incentivem comportamentos adequados e o compromisso com questões de saúde;

k) promover a coleta, o uso e o intercâmbio dos dados sobre a saúde do adolescente e do jovem para fortalecer o planejamento local e regional, a realização e o monitoramento dos planos e programas nacionais e intervenções de saúde pública relacionadas com a saúde do adolescente e do jovem.

3. Solicitar à Diretora a:

a) estabelecer um grupo consultivo técnico por tempo limitado para dar orientação sobre os tópicos pertinentes à saúde e o desenvolvimento do adolescente e do jovem;

b) promover a coordenação e a implantação do Plano de Ação através da integração das ações pelas áreas programáticas da OPAS em nível nacional, sub-regional, regional e interinstitucional;

c) trabalhar com os Estados Membros para executar o Plano de Ação segundo seus próprios contextos e prioridades nacionais e promover a difusão e o uso dos produtos derivados dele em nível nacional, sub-regional, regional e interinstitucional;

d) fomentar o desenvolvimento de iniciativas colaboradoras de pesquisa que possam fornecer a base de evidências científicas necessárias para estabelecer e realizar programas eficazes e próprios para a idade e o desenvolvimento e intervenções para adolescentes e jovens;

e) estabelecer novas parcerias ou fortalecer as parcerias existentes na comunidade internacional para identificar os recursos humanos, tecnologia e necessidades financeiras a fim de garantir a execução do Plano de Ação;

f) incentivar a cooperação técnica entre países, sub-regiões, organizações internacionais e regionais, entidades do governo, organizações privadas, universidades, mídia, sociedade civil, organizações juvenis, organizações de caráter religioso e comunidades em atividades que promovam a saúde do adolescente e do jovem;

g) promover a coordenação do Plano de Ação através de iniciativas semelhantes por outros organismos de cooperação técnica internacional e financiamento para melhorar e defender a saúde do adolescente e do jovem nos países;

h) prestar contas periodicamente aos Órgãos Diretivos da OPAS quanto ao progresso e limitações avaliadas durante a execução do Plano de Ação, e considerar a

adaptação deste Plano para responder a contextos variáveis e novos desafios na Região.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R15: Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável

O 49º CONSELHO DIRETOR:

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Plano de ação sobre a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável* (documento CD49/8);

Levando em conta os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas de idade (1991); os mandatos internacionais propostos no *Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento* (2002); a Resolução CSP26.R20 (2002) da Conferência Sanitária Pan-Americana; a Estratégia de Implementação para a Região, aprovada na Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento (2003); a Declaração de Brasília, aprovada na Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento (2007); a Agenda de Saúde nas Américas 2008-2017; e a Resolução da Organização dos Estados Americanos/RES.2455 AG (XXXIX-O/09), “Direitos Humanos e Pessoas Adultas de Mais Idade”, aprovada pela Assembléia Geral da OEA em seu XXXIX período habitual de sessões (São Pedro Sula, Honduras, 4 de junho de 2009);

Reconhecendo o alto grau de complementaridade entre esta estratégia e os outros objetivos estabelecidos no Plano Estratégico da OPAS (*Documento oficial 328*), tais como aqueles relacionados com a incapacidade (prevenção e reabilitação), saúde mental, saúde dos povos indígenas, nutrição na saúde, e com desenvolvimento e os fatores sociais e econômicos determinantes da saúde (enfoques favoráveis aos pobres, sensíveis às questões de gênero e baseados nos direitos humanos);

Ressaltando que a mudança exponencial para uma nova situação demográfica e epidemiológica leva os países não só a se adaptarem rapidamente como também prever novos contextos e que só com uma adequada mudança social e na saúde será possível conseguir uma longevidade com saúde e ativa, e beneficiar amplamente os indivíduos, as famílias e a sociedade em seu conjunto;

Considerando a importância de uma estratégia e um plano de ação que permitam aos Estados Membros responderem de forma eficaz e eficiente às necessidades e demandas oriundas do envelhecimento populacional vem ocasionando, de forma rápida, sobre os sistemas de saúde e de previdência social, a sociedade e a família,

RESOLVE:

1. Respalda o presente *Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável* e sua consideração nas políticas, nos planos e programas de desenvolvimento, bem como nas propostas e na discussão dos orçamentos nacionais, lhes permitindo criar as condições propícias para responder ao desafio do envelhecimento de seus respectivos países.
2. Exortar os Estados Membros a:
 - a) considerarem os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas de idade (independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade) como fundamentos das políticas públicas associadas ao envelhecimento e à saúde e da necessidade de incluir os idosos na elaboração e aplicação destas políticas;
 - b) adotarem políticas, estratégias, planos e programas nacionais que aumentem o acesso dos idosos aos programas e serviços de saúde adaptados às suas necessidades, incluindo, especialmente, programas de promoção e prevenção baseados na atenção primária à saúde e que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que integrem condutas pessoais e ambientais saudáveis com o objetivo de alcançar um envelhecimento ativo durante o ciclo da vida, com a participação da sociedade, família e dos próprios indivíduos;
 - c) promoverem um diálogo interno entre as instituições do setor público, entre estas e o setor privado, e a sociedade civil, a fim de chegar a consensos nacionais sobre o tema da saúde dos idosos e o envelhecimento saudável e ativo, e sua vinculação aos processos de desenvolvimento nacional;
 - d) advogarem, levando em conta a Resolução CSP26.R20, “A saúde e o Envelhecimento”, aprovada pela 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana (Washington, D.C, Estados Unidos, 23 de setembro de 2002), pela promoção e proteção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais dos idosos, através da adoção de quadros legais e mecanismos de implementação, principalmente no contexto dos serviços voltados para o cuidado de longo prazo;
 - e) colaborarem com o Conselho Permanente da Organização dos Estados Americanos no desenvolvimento de esforços que incluam, entre outros, uma sessão especial de representantes nacionais e especialistas provenientes do setor acadêmico e da sociedade civil, bem como de organismos internacionais, a fim de fazer a troca de informações e boas práticas e, ao mesmo tempo, examinar a viabilidade de elaborar uma Convenção Interamericana sobre os direitos dos idosos;

- f) suportarem a aquisição de habilidades destinadas à capacitação dos recursos humanos e requeridas para o atendimento das necessidades de saúde dos idosos;
- g) fortalecerem a capacidade de gerar informações e pesquisa para o desenvolvimento de estratégias baseadas nas evidências e nas necessidades deste grupo populacional e a permitirem o monitoramento e a avaliação de seus resultados;
- h) colocarem em andamento os processos de revisão e análise interna sobre a pertinência e sobre a viabilidade da presente estratégia no contexto nacional, com base nas prioridades, necessidades e capacidades nacionais.

3. Solicitar à Diretora:

- a) que apóie os Estados Membros na implementação da *Estratégia e do Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, Incluindo o Envelhecimento Saudável e Ativo*, de acordo com suas necessidades e o contexto demográfico e epidemiológico;
- b) que promova a implementação e a coordenação desta Estratégia e Plano de Ação, garantindo sua transversalidade através das áreas programáticas, dos diferentes contextos regionais e sub-regionais da Organização e através da colaboração aos países e entre estes, na elaboração de estratégias e no intercâmbio das capacidades e dos recursos para implementar os planos sobre saúde e envelhecimento;
- c) que estimule o desenvolvimento de pesquisas colaboradoras que levem a um melhor conhecimento do impacto do envelhecimento nos sistemas de saúde e na modelagem de cenários futuros, permitindo o aumento da capacidade de previsão nacional neste tema, a proteção de estratégias afins e a implementação de intervenções baseadas nas necessidades específicas dos contextos da Região;
- d) que respalde o desenvolvimento e a aquisição de habilidades para a preparação e distribuição adequadas dos recursos humanos em saúde necessárias aos países na atenção das necessidades de saúde dos idosos;
- e) que consolide e fortaleça a colaboração técnica com os comitês, órgãos e com os textos acadêmicos das Nações Unidas e organismos interamericanos, promovendo, também, alianças com outras agências internacionais e regionais, instituições científico-técnicas, sociedade civil organizada, setor privado e outros, no estabelecimento de uma Coalizão das Américas para o Envelhecimento Saudável, contribuindo para a implementação desta Estratégia e Plano de Ação;

- f) que informe periodicamente os Órgãos Diretores da OPAS dos progressos e limitações no desenvolvimento da presente Estratégia e Plano de Ação, bem como sua adequação aos novos contextos e necessidades, caso necessário.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R16: Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá

Transferência da administração do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá ao seu Conselho Diretor

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá* (documento CD49/18);

Considerando que, no Artigo VII do Acordo Básico para o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP), os Estados Membros do INCAP delegaram ao seu Conselho Diretor a autoridade de solicitar a cada cinco anos que a OPAS assuma responsabilidade pela administração do Instituto;

Reconhecendo que o Artigo LI do Acordo Básico para o INCAP (anexo A) estabelece que as operações do INCAP devem ser avaliadas pelo menos a cada cinco anos como base para propor possíveis emendas adaptadas às realidades de desenvolvimento dos Estados Membros;

Assinalando que o Acordo Básico para o INCAP entrou em vigor no dia 22 de janeiro de 2003, o que significa que transcorreu o prazo estipulado nos Artigos VII e LI mencionados anteriormente;

Observando que um processo participativo para avaliar as operações do Instituto foi realizado no cumprimento do mandato no Artigo LI do Acordo Básico para o INCAP e as resoluções do Conselho Diretor da OPAS com respeito à avaliação periódica e análise dos Centros Pan-Americanos;

Reconhecendo que o processo de avaliação mencionado anteriormente resultou em uma nova Estrutura Estratégica Institucional para o Instituto, que estabelece que o INCAP é uma instituição madura que desempenha uma função fundamental ao apoiar o setor da saúde do subsistema social do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA);

Levando em consideração que a execução da Estrutura Estratégica Institucional requer que o INCAP adquira autonomia funcional plena compatível com seu grau de maturidade institucional e sua condição de um membro efetivo e a mais antiga instituição do Sistema de Integração Centro-Americana;

Observando que, na Resolução II, a LIX Reunião do Conselho Diretor do INCAP decidiu assumir a administração do INCAP com autonomia funcional plena, incluindo a nomeação do seu diretor, em setembro de 2009, e adotou os ajustes necessários ao Acordo Básico para o Instituto a fim de permitir sua reorganização interna com a autoridade de seu Conselho Diretor;

Reconhecendo que o Conselho Diretor do INCAP tem a autoridade de aprovar os ajustes ao Acordo Básico para o INCAP decorrentes do exercício da autoridade delegada a ele pelos membros do INCAP no Artigo VII do Acordo Básico,

RESOLVE:

1. Tomar nota da decisão do Conselho Diretor do INCAP de assumir a administração do INCAP com autonomia funcional plena.
2. Observar que a Organização Pan-Americana da Saúde continuará a fazer parte do INCAP como um membro efetivo, mas que não mais será responsável pela administração do Instituto segundo os termos dos Artigos VII, XXXIV, XXXV e XXXVI do Acordo Básico para o INCAP.
3. Adotar o Ajuste ao Acordo Básico para a Reorganização Interna do INCAP como adotado mediante a Resolução II do LIX Conselho Diretor do INCAP (anexo B), que se torna uma parte integrante desta resolução e que elimina os artigos VII, XXXIV, XXXV e XXXVI e modifica os Artigos XV, XIX, XX e XXXIX do Acordo Básico para o INCAP.
4. Solicitar à Diretora da RSPA:
 - a) que institua as medidas administrativas e legais necessárias para assegurar a transferência ordenada e transparente da administração do INCAP ao Conselho Diretor do Instituto, de acordo com o Ajuste ao Acordo Básico para o INCAP aprovado pelo Conselho Diretor do INCAP e por este Conselho;
 - b) que assegure que a Organização continue participando do INCAP como um membro efetivo.

Anexos

CONVÊNIO BÁSICO DO INSTITUTO DE NUTRIÇÃO DA AMÉRICA CENTRAL E PANAMÁ

Guatemala, 27 de agosto de 1998

Os Representantes das Repúblicas de Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá (doravante "Estados Membros") e da Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (doravante "OPAS/OMS"):

CONSIDERANDO:

Que o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (doravante "INCAP" ou "Instituto") foi fundado com a cooperação da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Fundação W. K. Kellogg, em virtude de um Convênio assinado pelos Estados da América Central e pela Repartição Sanitária Pan-Americana em 20 de fevereiro de 1946.

Que o Convênio de fundação do INCAP foi prorrogado e modificado em 14 de dezembro de 1949, e que em 17 de dezembro de 1953 as Partes adotaram um Convênio Básico com o propósito de organizar o Instituto numa base permanente.

Que o INCAP, a partir da entrada em vigor do Convênio Básico em 1º de janeiro de 1955, ficou estabelecido como entidade técnica permanente cujo objetivo é contribuir para o desenvolvimento da ciência da nutrição, fomentar sua aplicação prática e fortalecer a capacidade técnica dos Estados centro-americanos para solucionar os problemas de alimentação e nutrição.

Que a evolução da América Central para uma nova ordem institucional com visão estratégica integrada exige a revisão e atualização do quadro jurídico e institucional do INCAP para adequar suas ações à realidade e necessidades atuais e futuras de seus Estados Membros e o cumprimento de forma efetiva e eficaz de sua missão.

Que a XIV Reunião de Presidentes, realizada na Guatemala em outubro de 1993, acolheu a iniciativa regional para a segurança alimentar nutricional nos países da América Central, impulsionada pelos Ministros da Saúde, instruindo seu acompanhamento com o apoio técnico e científico do INCAP e da OPAS/OMS, e com o apoio da Secretaria Geral do Sistema de Integração Centro-Americana.

Que o INCAP é uma instituição vinculada diretamente ao Sistema de Integração Centro-Americana, encarregada de apoiar o cumprimento dos objetivos sociais do mesmo.

Que, com a finalidade de responder às prioridades de alimentação e nutrição dos Estados centro-americanos e dentro dos processos de reforma do setor de saúde, se faz necessário revisar e ajustar o Convênio Básico do INCAP.

ACORDAM:

Com a autoridade e o pleno poder que foram conferidos aos Representantes dos Estados Membros e da OPAS/OMS, aprovar o presente Convênio Básico do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá, que substituirá e deixará sem efeito o Convênio Básico do INCAP atualmente vigente, adotado em 17 de dezembro de 1953.

VISÃO

ARTIGO I

O INCAP, no contexto da integração centro-americana, é uma instituição líder, auto-sustentável e permanente no campo de alimentação e nutrição na América Central e além de suas fronteiras.

MISSÃO

ARTIGO II

O INCAP, instituição especializada em alimentação e nutrição, tem como missão apoiar os esforços dos Estados Membros, oferecendo cooperação técnica para alcançar e manter a segurança alimentar e nutricional de suas populações, mediante suas funções básicas de Pesquisa, Informação e Comunicação, Assistência Técnica, Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos e Mobilização de Recursos Financeiros e Não Financeiros em apoio à sua missão.

FUNÇÕES E POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

ARTIGO III

O INCAP terá como quadro de referência para o cumprimento de suas funções as seguintes políticas institucionais:

1. Prestação de Assistência Técnica Direta: Fortalecer a capacidade operacional das instituições nacionais, mediante novos enfoques metodológicos e de avaliação a fim de promover a aplicação e transferência de tecnologia e a educação alimentar no âmbito comunitário, e por sua vez desenvolver modelos para avaliar os produtos e efeitos dessa cooperação.
2. Formação e Desenvolvimento de Recursos Humanos: Identificar necessidades, desenvolver programas e apoiar processos de formação e capacitação de recursos humanos em alimentação e nutrição nos Estados Membros.
3. Pesquisa: Realizar pesquisas em todo nível, com ênfase em pesquisas operacionais em busca de soluções para os problemas prioritários, promovendo as relações mediante redes de cooperação técnico-científica, para estabelecer ou fortalecer a capacidade de pesquisa dos Estados Membros mediante a realização de atividades de capacitação em universidades e centros de pesquisa.
4. Informação e Comunicação: Sistematizar, organizar, difundir e transmitir informação técnico-científica em saúde, alimentação e nutrição aos diferentes níveis e setores dos Estados Membros e da comunidade internacional, com o objetivo de apoiar a tomada de decisões e fortalecer os centros de documentação, assim como os processos de planejamento, implementação e avaliação de ações em alimentação e nutrição no âmbito nacional e sub-regional.
5. Mobilização de recursos financeiros e não financeiros: Promover as ações necessárias destinadas à arrecadação e manejo de recursos financeiros, tecnológicos, humanos e institucionais, para assegurar uma fonte de renda diversificada e permanente e promover a venda e comercialização de serviços e transferência de tecnologias em alimentação e nutrição.

ESTRATÉGIAS

ARTIGO IV

O INCAP orientará suas funções ao desenvolvimento da Iniciativa Centro-Americana de Segurança Alimentar e Nutricional, como estratégia para combater os efeitos da pobreza e promover o desenvolvimento humano, adotada pelo Conselho de Ministros da Saúde da área e aprovada pelos Presidentes da América Central na XIV Reunião de Presidentes.

ARTIGO V

A estratégia de Segurança Alimentar e Nutricional baseia-se em critérios de equidade, sustentabilidade, produtividade, suficiência e estabilidade, a fim de garantir o acesso, produção, consumo e adequada utilização biológica dos alimentos, articulando a produção agropecuária com a agroindústria e com mecanismos de comercialização rentáveis, prioritariamente para pequenos e médios produtores, e incorporando o setor empresarial no desenvolvimento desta iniciativa.

MEMBROS

ARTIGO VI

São membros de pleno direito do INCAP as Repúblicas de Belize, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicarágua e Panamá e a Organização Pan-Americana da Saúde. Os membros de pleno direito têm direito a voz e voto durante as deliberações das reuniões do Conselho Consultivo e do Conselho Diretor.

ARTIGO VII

A OPAS/OMS ocupa dois níveis de vinculação com o INCAP. Por um lado, é membro de pleno direito do INCAP, autoridade máxima do Instituto; por outro, é responsável pela administração da instituição, a pedido do Conselho Diretor, o qual será renovado a cada cinco anos e deverá ser aceito pelo Conselho Diretor da OPAS/OMS. Para o cumprimento da última responsabilidade, é faculdade do Diretor da OPAS/OMS a representação legal e a direção do INCAP, a qual pode delegar total ou parcialmente.

ARTIGO VIII

Outros Estados poderão adquirir a qualidade de membro de pleno direito do Instituto uma vez que o Conselho Diretor do INCAP tenha aprovado sua admissão de forma unânime, a Secretaria Geral do Sistema de Integração Centro-Americana tenha se pronunciado de forma favorável a esse respeito e o Estado tenha aceitado e aderido ao presente Convênio Básico.

ARTIGO IX

São Membros Associados as fundações, órgãos e instituições cuja missão seja convergente com a visão e missão do INCAP, e cuja solicitação de ingresso tenha sido aprovada pelo Conselho Diretor por unanimidade. Os Membros Associados poderão participar por conta própria e com a devida anuência do Conselho Diretor do INCAP,

sem direito a voto, nas deliberações das reuniões ordinárias do Conselho Consultivo e do Conselho Diretor do INCAP.

ARTIGO X

Pessoas naturais ou jurídicas podem participar na qualidade de Observadores em reuniões do Conselho Consultivo e do Conselho Diretor, com direito a voz, mediante prévia aprovação unânime pelos Membros do Conselho para cada reunião.

ARTIGO XI

Todo Membro do INCAP, a fim de se assegurar os direitos e benefícios inerentes à sua condição, cumprirá de boa-fé as obrigações contraídas em conformidade com o presente Convênio Básico. Além disso, prestará todo tipo de ajuda em qualquer ação que o INCAP exerça de acordo com o presente Convênio. Qualquer Membro Associado do Instituto poderá se retirar, dando aviso por escrito à Direção, a qual comunicará ao Conselho Diretor as notificações de retirada que receber. Transcorridos seis meses a partir da data em que se receber a notificação de retirada, o presente Convênio Básico cessará em seus efeitos a respeito do Membro Associado que deseja se retirar e este ficará desligado do INCAP, devendo cumprir os compromissos financeiros e outras obrigações emanadas do presente Convênio Básico até a data de sua retirada.

ÓRGÃOS

ARTIGO XII

São órgãos do INCAP o Conselho Diretor, a Direção, o Conselho Consultivo e o Comitê Assessor Externo.

O CONSELHO DIRETOR

ARTIGO XIII

O órgão supremo do INCAP é seu Conselho Diretor, integrado pelos Ministros da Saúde dos Estados Membros de pleno direito e pelo Diretor da OPAS/OMS. Em caso de impedimento, os Ministros da Saúde poderão fazer-se representar no Conselho Diretor do INCAP pelo Vice-Ministro respectivo. Caso esses funcionários não possam assistir à reunião, os Ministros da Saúde e o Diretor da OPAS/OMS poderão fazer-se representar por outro funcionário de alto nível devidamente autorizado para tomar decisões.

ARTIGO XIV

O Conselho Diretivo velará pelo funcionamento do INCAP no contexto de sua visão, missão e políticas institucionais e segundo as disposições do presente Convênio.

ARTIGO XV

São atribuições principais do Conselho Diretor do INCAP:

1. Definir e orientar a ação e as políticas gerais do INCAP.
2. Aprovar os planos, programas e projetos do Instituto.
3. Aprovar a política financeira e o orçamento bianual do INCAP e fixar as cotas de seus Estados Membros.
4. Aprovar os relatórios de atividades institucionais.
5. Aprovar os estatutos, normas e regulamentos do INCAP, por um mínimo de dois terços dos votos
6. Promover, junto a autoridades nacionais e regionais, o cumprimento das atividades do INCAP em apoio à solução dos problemas de alimentação e nutrição dos Estados Membros.

ARTIGO XVI

O Conselho Diretor do INCAP reúne-se ordinariamente uma vez ao ano, conforme estabelece seu regulamento. Em circunstâncias especiais, sempre que dois ou mais de seus Membros de pleno direito considerarem necessário e solicitarem por escrito, o Conselho convocará um período extraordinário de sessões.

ARTIGO XVII

A sede da reunião ordinária anual do Conselho Diretor do INCAP será rotativa, conforme a ordem seguinte: Belize, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicarágua, Costa Rica e Panamá, salvo que o Conselho decida realizá-la em outro lugar.

ARTIGO XVIII

Cada Membro do Conselho Diretor do INCAP terá direito a um voto. As decisões serão tomadas com a metade mais um dos votos. Se, até a data de abertura das reuniões

ordinárias do Conselho Diretor, um Estado Membro se encontra em mora num montante que exceda as cotas correspondentes a dois (2) anos completos, será suspenso seu direito de voto. No entanto, o Conselho Diretor poderá restituir o direito de voto, se o Estado Membro acordar um plano especial de pagamento ou se for considerado que a falta de pagamento se deve a condições fora de seu controle.

A DIREÇÃO

ARTIGO XIX

A Direção do INCAP estará a cargo de um Diretor nomeado pelo Diretor da OPAS/OMS. O Diretor do INCAP assumirá a responsabilidade pela gestão do Instituto de acordo com a delegação de autoridade que seja conferida pelo Diretor da OPAS/OMS.

ARTIGO XX

O Diretor do INCAP será o responsável pelo desenvolvimento das atividades do Instituto, segundo as normas, regulamentos e orientações programáticas e administrativas da OPAS/OMS, e conforme estabelecido pelo presente Convênio Básico. São funções do Diretor do INCAP:

1. Administrar o Instituto de acordo com sua missão, funções, políticas, planos, programas e projetos determinados e aprovados pelo Conselho Diretor do INCAP.
2. Nomear pessoal técnico, científico e administrativo, de acordo com as disposições vigentes, e supervisionar seu funcionamento e desenvolvimento para cumprir o plano de trabalho do INCAP.
3. Convocar as reuniões do Conselho Diretor e do Conselho Consultivo e atuar como Secretário Ex Officio nas mesmas.
4. Preparar a proposta de programa e orçamento bianual do INCAP para a consideração e revisão dos Membros do Conselho Diretor, pelo menos com um mês de antecedência à reunião ordinária do Conselho Diretor.
5. Apresentar na reunião ordinária do Conselho Diretor o relatório anual de atividades, os balanços financeiros do ano anterior e os planos, programas, projetos e orçamento de curto, médio e longo prazo. O Diretor apresentará relatórios adicionais sempre que um dos membros de pleno direito solicitar ou quando considerar necessário.

6. Submeter à consideração do Conselho Diretor os estatutos, normas e regulamentos que forem necessários para a organização e administração do Instituto.
7. Cumprir e fazer cumprir, no âmbito de sua competência, o presente Convênio Básico e os estatutos, normas e regulamentos.
8. Cumprir as funções que lhe sejam delegadas pelo Conselho Diretor e pelo Diretor da OPAS/OMS e, em geral, empreender e realizar as ações que considerar necessárias, em conformidade com o presente Convênio Básico.
9. Promover, junto a autoridades nacionais, regionais e internacionais, a busca de soluções em apoio ao melhoramento da segurança alimentar e nutricional.
10. Estabelecer, manter e fortalecer vínculos de cooperação e de entendimento mútuo com instituições centro-americanas e os organismos de cooperação internacional.

O CONSELHO CONSULTIVO

ARTIGO XXI

O Conselho Consultivo do INCAP é a instância técnica assessora do Conselho Diretor do INCAP.

ARTIGO XXII

O Conselho Consultivo do INCAP será integrado pelos diretores gerais designados pelo Ministro da Saúde de cada um dos Estados Membros, ou por um funcionário de alto nível do Ministério da Saúde com a delegação de autoridade correspondente, o Diretor do Instituto, que atuará como Secretário Técnico, e um representante da OPAS/OMS designado pelo Diretor da OPAS/OMS.

ARTIGO XXIII

São funções do Conselho Consultivo do INCAP:

1. Apoiar a orientação e cumprimento das resoluções do Conselho Diretor do INCAP e das funções do INCAP.

2. Monitorar e avaliar periodicamente a cooperação técnica que o INCAP oferece aos Estados Membros através da gestão descentralizada.
3. Submeter propostas técnicas ao Conselho Diretor do INCAP.
4. Preparar o programa de temas que deverá ser apresentado na reunião anual ordinária ao Conselho Diretor do INCAP.

ARTIGO XXIV

O Conselho Consultivo se reunirá de forma ordinária duas vezes ao ano. Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias quando solicitarem pelo menos dois Estados Membros, o Diretor do INCAP ou o Representante da OPAS/OMS designado por seu Diretor. Poderão participar nas reuniões do Conselho Consultivo os especialistas e assessores que se considerem convenientes, assim como observadores que representem outras instituições convidadas pelo Conselho Consultivo.

ARTIGO XXV

O Conselho Consultivo elegerá um Diretor Geral do país sede da reunião como Presidente e um Vice-Presidente do próximo país sede, que desempenharão os cargos durante as reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas num ano.

ARTIGO XXVI

A sede das reuniões ordinárias será revezada entre os Estados Membros, na mesma ordem estabelecida para as reuniões do Conselho Diretor do INCAP. O Diretor do INCAP fará a convocação pelo menos com trinta dias de antecedência e fixará as datas das mesmas após consulta com o Governo anfitrião. No caso das reuniões extraordinárias, o Diretor do Instituto decidirá em consulta com o Presidente do Conselho o lugar e data para sua realização.

ARTIGO XXVII

O país onde se desenvolverá a reunião porá à disposição do Conselho Consultivo um lugar apropriado para levar a cabo as sessões de trabalho do Conselho.

ARTIGO XXVIII

O quórum para as reuniões será constituído pela maioria simples dos Membros.

ARTIGO XXIX

O programa de cada reunião será proposto pelo Secretário Técnico em consulta com o Presidente do Conselho Consultivo e deverá ser enviado aos Membros do Conselho pelo menos com trinta dias de antecedência à reunião, junto com a convocatória. O programa será aprovado pelos Membros do Conselho Consultivo no início da reunião e deverá vincular-se à agenda estabelecida no regulamento do Conselho Diretor do INCAP.

ARTIGO XXX

O relatório final das reuniões será elaborado pelo Secretário Técnico e enviado a cada um dos Membros dentro do mês seguinte à realização da reunião.

O COMITÊ ASSESSOR EXTERNO

ARTIGO XXXI

O INCAP contará com um Comitê Assessor Externo, integrado por um representante designado por cada um dos Ministros da Saúde dos Estados Membros, um representante da OPAS/OMS e quatro especialistas internacionais nomeados pelo Diretor do INCAP, em consulta com o Conselho Diretor do INCAP antes da sua nomeação.

ARTIGO XXXII

O Comitê Assessor Externo desempenhará junto aos Órgãos de Direção do INCAP as seguintes funções:

1. Formular recomendações relativas ao planejamento, administração, execução e avaliação dos programas desenvolvidos pelo INCAP.
2. Sugerir a realização de novos programas e projetos de acordo com o presente Convênio Básico.
3. Apoiar o INCAP na identificação de oportunidades e na mobilização de recursos.
4. Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto que se submeta à sua consideração.

ARTIGO XXXIII

A permanência, periodicidade e regulamentação do Comitê Assessor Externo são as seguintes:

1. O Comitê Assessor Externo terá caráter permanente e seus integrantes serão pessoas com capacidade técnica e administrativa em saúde, alimentação, nutrição e disciplinas afins.
2. O Comitê Assessor Externo se reunirá ordinariamente a cada quatro anos e de forma extraordinária quando os órgãos de direção do INCAP considerarem necessário.
3. O Conselho Diretor do INCAP aprovará um regulamento para regular o funcionamento do Comitê Assessor Externo.

VINCULAÇÃO ENTRE A OPAS/OMS E O INCAP

ARTIGO XXXIV

O Diretor da OPAS/OMS nomeará o oficial administrativo do INCAP como colaborador imediato do Diretor do Instituto, o qual estará subordinado à autoridade deste, para que se encarregue das funções de apoio administrativo e supervisão da aplicação de políticas, normas e procedimentos administrativos da OPAS/OMS, assim como aqueles específicos do INCAP.

ARTIGO XXXV

O INCAP vincula-se programaticamente à OPAS/OMS, motivo pelo qual suas atividades deverão fazer parte do plano de trabalho da Organização, em sua condição de instituição centro-americana, nos campos de formação de recursos humanos, assistência técnica direta, pesquisa, informação e comunicação e a mobilização e desenvolvimento de recursos financeiros. As atividades do INCAP com relação a programas nacionais são coordenadas através das Representações da OPAS/OMS.

ARTIGO XXXVI

Corresponde à OPAS/OMS supervisionar as atividades programáticas do INCAP. É responsabilidade do Escritório de Administração da OPAS/OMS e de suas respectivas unidades supervisionar as ações administrativas do Instituto.

SEDE DO INCAP

ARTIGO XXXVII

A sede do INCAP será na República da Guatemala, Estado com o qual se estabelecerá um acordo de sede. A sede do INCAP poderá ser transferida a qualquer outro dos Estados Membros de pleno direito quando seu Conselho Diretor considerar conveniente. O Governo do país sede do INCAP obriga-se a conceder ao Instituto, para que este os utilize da maneira que considerar mais conveniente para o cumprimento de suas funções, sem custo algum e por todo o tempo de sua existência, os edifícios onde está estabelecido, assim como os terrenos em que eles estão construídos, podendo o INCAP fazer as ampliações e melhorias que sejam necessárias.

FINANCIAMENTO DO INCAP

ARTIGO XXXVIII

Os Estados Membros contribuirão para o orçamento ordinário do INCAP por meio de cotas fixadas em dólares dos Estados Unidos da América, as quais serão determinadas pelo Conselho Diretor e submetidas à aprovação dos respectivos Governos.

ARTIGO XXXIX

A OPAS/OMS manterá e/ou ampliará sua contribuição ao orçamento ordinário do INCAP, segundo os recursos técnicos, administrativos e financeiros aprovados pelo Conselho Diretor dessa Organização.

ARTIGO XL

Os Membros Associados do INCAP contribuirão para seu financiamento por meio de cotas que serão determinadas pelo Conselho Diretor.

ARTIGO XLI

Em todos os casos, as cotas determinadas serão pagas por anualidades adiantadas em dólares dos Estados Unidos da América à Direção do INCAP, dentro dos primeiros três meses do ano correspondente.

ARTIGO XLII

O INCAP poderá receber recursos financeiros provenientes da Fundação para a Alimentação e Nutrição da América Central e Panamá (FANCAP), do Fundo em

Fideicomisso, venda e comercialização de serviços e outras fontes, após análise da sua origem.

PERSONALIDADE JURÍDICA E CAPACIDADE LEGAL

ARTIGO XLIII

O INCAP gozará de personalidade jurídica própria com capacidade legal para executar e celebrar todo tipo de atos e contratos; adquirir, possuir, administrar ou dispor de qualquer tipo de direitos e bens móveis, de acordo com as disposições legais vigentes de cada Estado Membro; comparecer perante autoridades judiciais, administrativas ou de qualquer outra ordem e em geral levar a cabo as ações e gestões que sejam conducentes ao cumprimento de seus fins ou necessárias para a execução de suas atividades.

ARTIGO XLIV

A representação legal do INCAP corresponderá ao Diretor do Instituto ou a quem exerça suas funções, podendo-se delegar esta faculdade exclusivamente para fins de representações judiciais.

PRERROGATIVAS E IMUNIDADES

ARTIGO XLV

O INCAP e seus bens, de qualquer natureza e onde quer que se encontrem, gozarão no território de todos os Estados Membros de imunidade contra todo procedimento judicial ou administrativo e não poderão ser objeto de registros, embargos, apreensão, medidas precatórias ou de execução, salvo que o Conselho Diretor do INCAP renuncie expressamente a essa imunidade. Contudo, se entenderá que esta renúncia não abrange nenhuma ação ou medida de execução ou cumprimento forçado.

ARTIGO XLVI

Os bens do MAP, de qualquer natureza, estarão exonerados em todos os Estados Membros de pleno direito de todo tipo de impostos, direitos e gravames diretos e indiretos, sejam nacionais, departamentais ou municipais, com exceção das contribuições que constituem remuneração por serviços públicos.

ARTIGO XLVII

As instalações, escritórios administrativos, dependências, arquivos, correspondência e todo documento de propriedade do Instituto, ou que esteja em seu poder a qualquer título, serão invioláveis.

ARTIGO XLVIII

O Instituto gozará, no território de todos os Estados Membros de pleno direito, da franquia postal estabelecida nas convenções postais interamericanas em vigor. Nenhuma forma de censura ou controle será aplicada à correspondência de qualquer natureza ou outras comunicações oficiais do Instituto.

ARTIGO XLIX

Sem ser afetado por normas fiscais, regulamentos ou moratórias de qualquer natureza, o INCAP poderá ter fundos e divisas correntes de qualquer tipo e manter suas contas em qualquer divisa; terá liberdade para converter seus fundos e divisas correntes e transferi-los de um Estado Membro a outro, ou dentro de qualquer Estado Membro.

DOS PRIVILÉGIOS E IMUNIDADES DOS REPRESENTANTES E FUNCIONÁRIOS DO INCAP

ARTIGO L

Serão concedidas aos representantes e funcionários do Instituto, em todos os Estados Membros, as seguintes prerrogativas e imunidades:

1. Gozarão de imunidade contra todo processo legal a respeito de atividades que executem no desempenho de suas funções.
2. Estarão isentos de impostos sobre salários e honorários pagos pelo Instituto.
3. Estarão isentos de toda restrição migratória e do registro de estrangeiros, tanto eles como seus cônjuges e filhos menores de idade.
4. No que diz respeito ao movimento internacional de fundos, lhes serão concedidas franquias iguais às que desfrutam os funcionários de categoria similar das missões diplomáticas credenciadas junto ao Governo respectivo.
5. Poderão importar, livre de impostos, seus móveis e objetos pessoais no momento em que ocuparem seu cargo no país em questão.
6. A eles e a seus familiares sob sua responsabilidade serão concedidas, em épocas de crise nacional ou internacional, facilidades de repatriação análogas às que gozam os funcionários das missões diplomáticas.

7. A imunidade contra todo processo legal assinalado no ponto 1 e a isenção do pagamento de impostos sobre salários e honorários pagos pelo Instituto serão comuns a todos os representantes e funcionários do INCAP; os pontos 3, 4, 5 e 6 se aplicarão unicamente aos não nacionais do país onde se solicitar a aplicação desses direitos.
8. Sem prejuízo das prerrogativas e imunidades mencionadas, todas as pessoas que delas desfrutarem estarão obrigadas a respeitar as leis e regulamentos do Estado Membro no qual residam.
9. As prerrogativas e imunidades indicadas serão concedidas aos representantes e funcionários do Instituto exclusivamente em interesse do mesmo. Os órgãos de direção do Instituto poderão a elas renunciar se em sua opinião estas impedirem o exercício da justiça e puderem ser renunciadas sem prejuízo dos interesses do Instituto.

DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO LI

O cumprimento do presente Convênio Básico será avaliado pelo menos a cada cinco anos como base para propor possíveis modificações que se adaptem à realidade do desenvolvimento dos Estados Membros.

ARTIGO LII

Caso o número de Estados Membros fique reduzido a um como resultado das separações, o Instituto será liquidado e o produto dos bens que lhe pertencerem será dividido entre os Estados que tenham sido Membros de pleno direito, em proporção a suas contribuições totais ao Instituto.

ARTIGO LIII

O presente Convênio Básico entrará em vigor quando for ratificado por todas as partes signatárias, de acordo com seus respectivos procedimentos internos ou constitucionais. Os instrumentos de ratificação serão depositados na Secretaria Geral do Sistema de Integração Centro-Americana e na Secretaria da Organização dos Estados Americanos e estas notificarão esse depósito aos outros signatários. Ao entrar em vigor o presente Convênio Básico, ficará sem efeito o Convênio Básico assinado em 17 de dezembro de 1953.

ARTIGOS TRANSITÓRIOS

ARTIGO LIV

Os regulamentos internos atuais do Conselho Diretor e do Conselho Consultivo do INCAP continuarão vigentes, assim como as normas e regulamentos existentes relacionados a aspectos de pessoal e financeiros, em tudo que não se opuserem ao presente Convênio Básico.

ARTIGO LV

Os compromissos financeiros que os Estados Membros tiverem contraído até o momento de entrar em vigência o presente convênio continuarão vigentes até que todas as cotas pendentes de pagamento sejam pagas em sua totalidade.

O Conselho do INCAP, reunido em Belize, República de Belize, em 3 de setembro de 1997, revisou e aprovou, em primeira instância, o presente Convênio Básico, o qual será enviado à Secretaria Geral do Sistema de Integração Centro-Americana, para que se efetuem os trâmites correspondentes com os Estados Membros.

EM TESTEMUNHO DO QUE, os representantes devidamente autorizados das partes assinam o presente Convênio Básico em onze originais de igual teor, na cidade de Guatemala da Assunção, República da Guatemala, no dia 27 de agosto de 1998.

Pelo Governo da República de Belize:

Salvador Hernández
Ministro da Saúde e Esportes
Representado por: Michael Bejos,
Conselheiro
Embaixada de Belize na Guatemala

Pelo Governo da República da Costa Rica:

dr. Rogelio Pardo Evans
Ministro da Saúde

Pelo Governo da República de El Salvador:

dr. Eduardo Interiano
Ministro da Saúde Pública e
Assistência Social

Pelo Governo da República da Guatemala:

Eng. Marco Tulio Sosa Ramírez
Ministro da Saúde Pública e
Assistência Social

Pelo Governo da República de Honduras:

dr. Marco Antonio Rosa
Secretário de Saúde

Pelo Governo da República da Nicarágua:

dr. Lombardo Martínez Cabezas
Ministro da Saúde

Pelo Governo da República do Panamá:

dra. Aída Moreno de Rivera
Ministra da Saúde
Representada por: Enelka G.
de Samudio
Secretária Geral do
Ministério da Saúde

Pela Organização Pan-Americana da Saúde,
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

dr. George A. O. Alleyne
Diretor

O Secretário Geral do Sistema de Integração Centro-Americana, participante como observador da XLIX Reunião do Conselho Diretor do INCAP, assina como testemunha de honra o presente Convênio Básico, em onze originais de igual teor, na cidade de Guatemala da Assunção, República da Guatemala, no dia 27 de agosto de 1998.

Eng. Ernesto Leal
Secretário Geral
Sistema de Integração Centro-Americana

CD49.R16, Anexo B

RESOLUÇÃO II*

AJUSTE AO ACORDO BÁSICO PARA A REORGANIZAÇÃO INTERNA DO INCAP**

O CONSELHO DIRETOR

Considerando que o Artigo LI do Acordo Básico para o Instituto estabelece que o Acordo deva ser examinado a cada cinco anos como base para propor emendas para adaptá-lo à situação de desenvolvimento dos Estados Membros, e o Artigo VII estabelece que a OPAS/OMS é responsável pela administração do Instituto a pedido deste Conselho, uma disposição que será renovada a cada cinco anos e precisa ser aceita todas as vezes pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, o Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Considerando que o Acordo Básico para o Instituto entrou em vigor no dia 22 de janeiro de 2003, o que significa que terminou o período estipulado nos Artigos VII e LI mencionados anteriormente. Neste contexto, uma avaliação participativa das operações de Institutos foi realizada, resultando em uma proposta de uma nova Estrutura Estratégica Institucional (EEI).

Considerando que na sua LVIII reunião em San Salvador em 10 de setembro de 2007, este Conselho adotou a EEI através da Resolução V e instruiu o Diretor do INCAP para que começasse a análise e o Ajuste do Acordo Básico para o Instituto para alinhá-lo com a sua nova estrutura Estratégica.

* Resolução II do LIX Conselho Diretor do INCAP, 27 de janeiro de 2009, Tegucigalpa, Honduras.

** Este documento é uma tradução de uma cópia autêntica da resolução adotada.

Considerando que a EEI reconhece que o INCAP é hoje uma instituição madura que está desempenhando uma função-chave na construção da nova América Central como uma região que busca o desenvolvimento em paz, justiça, liberdade e democracia e está exercendo com grande responsabilidade suas respectivas funções a fim de apoiar o setor da saúde do subsistema social do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA).

Considerando que a execução da Estrutura Estratégica Institucional exige que o INCAP atinja autonomia plena compatível com o seu nível da maturidade institucional e condição de membro efetivo e mais antiga instituição do Sistema de Integração Centro-Americana (SICA).

Considerando que este Conselho, em uma Reunião Especial realizada no Panamá no dia 21 de fevereiro de 2008, instruiu para que uma proposta fosse redigida para modificar o Acordo Básico a fim de que refletisse a reorganização interna do Instituto e os mecanismos que lhe permitirão assumir maior autonomia programática, financeira e administrativa, de acordo com a EEI.

Considerando que este Conselho, em uma Reunião Especial realizada em San Salvador no dia 23 de junho de 2008, observou que o INCAP é uma instituição madura que tem um papel-chave como uma Instituição Especializada em Nutrição na América Central e que em um futuro próximo pode desobrigar-se da administração da OPAS/OMS e administrar-se por conta própria com autonomia funcional, orientada por seu Conselho Diretor, aconselhando que seja assegurada a transição ordenada e transparente da sua administração.⁴

Considerando o descrito acima e em conformidade com os Artigos 12 e 17 do Tratado de Integração Social e o Artigo VII do Acordo Básico para o INCAP,

RESOLVE:

- I. Declarar que o Conselho Diretor assumirá responsabilidade pela administração do INCAP com autonomia funcional plena, incluindo a nomeação do seu diretor, em setembro de 2009.
- II. Reconhecer que a Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) continuará parte do INCAP como membro regular, mas cessará de administrar o Instituto segundo os termos dos Artigos VII, XXXIV, XXXV, e XXXVI do Acordo Básico.
- III. Modificar o Acordo Básico para o INCAP a fim de permitir uma reorganização do Instituto, colocando-o sob a administração e a autoridade deste Conselho. Para

tal, a partir da data em que este Conselho assume a responsabilidade pela administração do Instituto, como estabelecido na Seção I desta Resolução, os seguintes Artigos do Acordo Básico para o INCAP serão emendados do seguinte modo:

Artigo XV: Conforme as principais funções do Conselho Diretor do INCAP, acrescentar um novo item número 2 como segue: “Eleger o Diretor do INCAP, de acordo com os procedimentos aprovados por este Conselho.” Reordenar os outros números.

Artigo XIX: O INCAP será administrado por um Diretor nomeado pelo Conselho Diretor, que será eleito conforme os procedimentos aprovados por este Conselho. O Diretor do INCAP assumirá responsabilidade pela administração do Instituto em conformidade com o presente Acordo Básico e as responsabilidades e funções estipuladas pelo Conselho Diretor do INCAP.

Artigo XX: Modificar o primeiro parágrafo como segue: “O Diretor do INCAP será responsável pela implementação de atividades do Instituto de acordo com as regras, regulamentações e orientações programáticas e administrativas adotadas pelo seu Conselho Diretor e segundo estipulado no presente Acordo Básico.” Modificar o item número 8 deste Artigo como segue: “Desempenhar as funções delegadas a ele pelo Conselho Diretor e, em geral, empreender e executar quaisquer ações que considerar necessário, em conformidade com o presente Acordo Básico.”

Artigo XXXIX: Substituir com o seguinte texto: “A OPAS/OMS contribuirá com os recursos para o orçamento do INCAP para financiar as atividades do Instituto incluídas na Estratégia e Plano de Ação Regional para Nutrição em Saúde e Desenvolvimento para as Américas, os planos de trabalho da OPAS/OMS e outros acordados sobre pelas duas instituições. As contribuições financeiras da OPAS/OMS ao INCAP serão formalizadas através de (i) assinatura de instrumentos legais gerais periódicos e/ou (ii) instrumentos específicos para as atividades individuais ou projetos.”

- IV. Declarar não aplicáveis os Artigos VII, XXXIV, XXXV, XXXVI do Acordo Básico devido a sua incongruência.

(Oitava reunião, 1º de outubro de 2009)

CD49.R17: Estratégia e plano de ação para saúde mental

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora *Estratégia e plano de ação para saúde mental* (Documento CD49/11);

Reconhecendo o ônus que representam os transtornos mentais e a dependência química – em termos de morbidade, mortalidade e incapacidade – no mundo e na Região das Américas em particular, bem como a lacuna existente quanto ao número de pessoas doentes que não recebem nenhum tipo de tratamento;

Entendendo que não há saúde física sem saúde mental e que é necessário uma abordagem do processo de saúde e doença não só do ponto de vista da atenção ao dano, como também da perspectiva da proteção dos atributos positivos da saúde e da promoção do bem-estar da população; e, além disso, que do ponto de vista de saúde pública os fatores psicossociais e relacionados ao comportamento humano desempenham uma função crucial;

Considerando o contexto e o fundamento para a ação apresentados na Agenda de Saúde para as Américas, Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 e Programa de Ação da OMS para vencer as lacunas em saúde mental: melhoria e ampliação da atenção dos transtornos mentais, neurológicos e dependência química (mhGAP), em que se considera a importância do tema e se definem os objetivos estratégicos para a abordagem da saúde mental;

Observando-se que na *Estratégia e plano de ação para saúde mental* são abordadas as principais áreas de trabalho e são definidas as linhas para cooperação técnica para responder às diversas necessidades de saúde mental dos países,

RESOLVE:

1. Respalda o estabelecido na *Estratégia e plano de ação para saúde mental* e sua aplicação como parte das condições especiais de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades atuais e futuras em termos de saúde mental.
2. Instar os Estados Membros:
 - a) para que incluam a saúde mental como uma prioridade dentro das políticas nacionais de saúde, com a execução de planos de saúde mental que estejam de acordo com as diversas problemáticas e com as prioridades dos países, a fim de

- manter o que foi alcançado e avançar para novas metas, em especial com relação à redução das lacunas de tratamento existentes;
- b) para que promovam o acesso universal e equitativo à atenção à saúde mental para toda a população, mediante o fortalecimento dos serviços de saúde mental como parte dos sistemas baseados na atenção primária à saúde e redes integradas de serviços e continuem as atividades para eliminar o modelo antigo centrado nos hospitais psiquiátricos;
 - c) para que continuem trabalhando para fortalecer as estruturas legais dos países visando proteger os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais e para conseguir a aplicação eficaz das leis;
 - d) para que impulsionem iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde mental, com atenção particular às crianças e adolescentes e para combater a estigmatização e discriminação que sofrem as pessoas com transtornos mentais;
 - e) para que apoiem a participação eficaz da comunidade e das associações de usuários e de familiares em atividades destinadas a promover e proteger a saúde mental da população;
 - f) para que considerem o fortalecimento dos recursos humanos em termos de saúde mental como um componente-chave da melhoria dos planos e dos serviços, mediante a formulação e a execução de programas sistemáticos de treinamento;
 - g) para que reduzam a lacuna de informação existente na área da saúde mental mediante a melhoria da produção, análise e uso da informação, bem como a pesquisa, e com um enfoque intercultural e de gênero;
 - h) para que fortaleçam as alianças do setor público com outros setores, bem como com organizações não governamentais, instituições acadêmicas e principais atores sociais, com ênfase à sua participação na formulação dos planos de saúde mental.
3. Solicitar à Diretora:
- a) que dê apoio aos Estados Membros na elaboração e execução de planos nacionais de saúde mental no âmbito da suas políticas de saúde, levando em consideração a Estratégia e Plano de Ação, procurando corrigir as desigualdades e dando prioridade à atenção aos grupos vulneráveis e com necessidades especiais, incluindo os povos indígenas;

- b) que colabore nas avaliações dos serviços de saúde mental dos países para conseguir que sejam aplicadas as medidas corretivas apropriadas que se baseiem em comprovações científicas;
- c) que facilite a difusão de informações e o intercâmbio de experiências positivas e inovadoras, bem como dos recursos disponíveis na Região, e promova a cooperação técnica entre os Estados Membros;
- d) que incentive as alianças com organizações governamentais e não governamentais bem como com organismos internacionais e outros atores regionais em apoio à resposta multissetorial que é requerida no processo de execução desta Estratégia e Plano de Ação.

(Nona reunião, 2 de outubro de 2009)

CD49.R18: Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo examinado o relatório da Diretora, *Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos* (Documento CD49/14), no qual se propõe que os Estados membros contem com uma política que permita o fortalecimento da capacidade nacional para abordar com eficácia e eficiência o problema da doação e transplante de células, tecidos e órgãos e obter a utilização ótima dos recursos destinados para tal fim;

Reconhecendo as contribuições valiosas que a Rede/Conselho Ibero-Americano de Doação e Transplante (RDCIT) realizou para a promoção e o fortalecimento dos programas nacionais de doação e transplante de órgãos na Região, assim como o trabalho importante de outros âmbitos sub-regionais com respeito a este tema;

Levando em consideração que alguns países desenvolveram capacidade institucional, bem como estruturas normativas apropriadas e sistemas de informação para doação e transplante de órgãos na Região;

Ciente da magnitude e da utilidade cada vez maior dos transplantes de células, tecidos e órgãos humanos para uma ampla gama de afecções tanto nos países com muitos recursos quanto nos de poucos recursos;

Comprometido com os princípios da dignidade e solidariedade humana, que condenam a aquisição de parte do corpo humano para o transplante e a exploração das

populações mais pobres e vulneráveis, bem como o tráfico humano que decorre dessas práticas;

Convencido de que a doação voluntária e não remunerada de órgãos, células e tecidos de doadores mortos ou vivos contribui para garantir a persistência de um recurso comunitário vital;

Sensível à necessidade de que se vigiem tanto as reações como os eventos adversos associados com a doação, o processamento e o transplante de células, tecidos e órgãos humanos como tais, e de que se assegure o intercâmbio internacional desses dados para otimizar a segurança e a eficácia dos transplantes,

RESOLVE:

1. Instar os Estados membros:
 - a) a que empreguem os Princípios Orientadores para o Transplante de Células, Tecidos e Órgãos Humanos na formulação e execução de suas políticas, leis e regulamentações relativas à doação e o transplante de células, tecidos e órgãos humanos, conforme o caso;
 - b) a que promovam o acesso equitativo aos serviços de transplante em conformidade com as capacidades nacionais que servem de base para o apoio público e a doação voluntária;
 - c) a que lutem contra a busca de benefício econômico ou de vantagens comparáveis nas transações com partes do corpo humano, tráfico de órgãos e turismo de transplantes, e inclusive incentivem os profissionais da saúde a notificar às autoridades pertinentes quando tenham conhecimento dessas práticas, em conformidade com as capacidades nacionais e a legislação nacional;
 - d) a que reforcem as autoridades e as capacidades públicas nacionais, prestando-lhes apoio para assegurar a supervisão, organização e coordenação das atividades de doação e transplante, prestando atenção especial a que se recorra o máximo possível às doações de órgãos de cadáveres e se proteja a saúde e o bem-estar dos doadores vivos;
 - e) a que melhorem a segurança e a eficácia da doação e dos transplantes com a promoção das boas práticas internacionais;
 - f) a que colaborem na obtenção de dados, em particular sobre reações e eventos adversos, relativos às práticas, segurança, qualidade, eficácia, epidemiologia e ética da doação e dos transplantes;

- g) a que mantenham uma participação ativa na RDCIT, assim como em outros âmbitos sub-regionais de doação e transplantes (Comissão Intergovernamental de Doação e Transplantes do Mercosul, entre outros);
 - h) a que incorporem as orientações e recomendações pertinentes em suas políticas, leis, regulamentações e práticas sobre obtenção, doação e transplante de células, tecidos e órgãos, como as relacionadas ao estabelecimento de bancos de células de cordão umbilical, ao diagnóstico da morte encefálica e aos sistemas de qualidade e segurança na doação de órgãos, tecidos e células.
2. Solicitar à Diretora:
- a) que divulgue os Princípios Orientadores atualizados sobre transplante de células, tecidos e órgãos humanos o mais amplamente possível a todas as partes interessadas;
 - b) que preste apoio aos Estados membros e organizações não governamentais em questões de proibição do tráfico de material de origem humana e o turismo de transplantes;
 - c) que continue obtendo e analisando dados regionais sobre as práticas, segurança, qualidade, eficácia, epidemiologia e ética da doação e do transplante de células, tecidos e órgãos humanos;
 - d) que preste assistência técnica aos Estados membros que assim solicitarem para elaborar leis e regulamentações nacionais sobre doação e transplante de células, tecidos e órgãos humanos e estabelecer sistemas apropriados para este fim, em particular facilitando a cooperação internacional, e que proporcione apoio às atividades de cooperação bilateral desenvolvidas pelos países nessa matéria;
 - e) que facilite aos Estados membros o acesso a informações apropriadas sobre a doação, o processamento e o transplante de células, tecidos e órgãos humanos, em particular aos dados sobre reações e eventos adversos graves;
 - f) que preste assistência técnica aos países do Caribe para a promoção ou o fortalecimento de seus programas de transplante renal e proponha um sistema sub-regional de serviços de saúde e transplante renal que permita a sustentabilidade e a viabilidade deste tipo de programas.

(Nona reunião, 2 de outubro de 2009)

CD49.R19: Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo recebido o documento *Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza* (Documento CD49/9), e considerando:

- a existência de anteriores mandatos e resoluções da OPAS e OMS abordando as doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza que podem ser eliminadas ou drasticamente reduzidas;
- a extensa experiência da Região das Américas na implementação de estratégias para eliminação de doenças transmissíveis e os avanços promissores na redução da carga dessas doenças;
- a necessidade de cumprir a “agenda inacabada”, já que a proporção de pessoas afetadas continua elevada entre as populações mais pobres e marginalizadas das Américas;
- a necessidade de abordar os determinantes sociais da saúde para reduzir efetivamente a carga sanitária, social e econômica das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza;
- a atual oportunidade de eliminar ou drasticamente reduzir a carga dessas doenças com as ferramentas disponíveis;
- a importância de trabalhar para eliminar as doenças infecciosas para as quais existem intervenções adequadas e eficazes em função do custo, mas que continuam afligindo os povos das Américas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros:
 - a) a que se comprometam a eliminar ou reduzir as doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza para as quais existem ferramentas a níveis tais que não sejam mais consideradas como um problema de saúde pública até 2015;
 - b) a que identifiquem doenças negligenciadas prioritárias, populações vulneráveis que ficaram defasadas, lacunas na informação epidemiológica e áreas geográficas prioritárias para intervenção (“zonas críticas”) no âmbito subnacional dos países;

- c) a que revisem os planos nacionais de controle ou eliminação dessas doenças e, se necessário, desenvolvam novos planos que se baseiem num enfoque integral e considerem os determinantes sociais da saúde, o Regulamento Sanitário Internacional (2005), se for o caso, e as estratégias interprogramáticas e ações intersetoriais;
- d) a que trabalhem para fornecer recursos suficientes para assegurar a sustentabilidade dos programas nacionais e subnacionais de controle, incluindo pessoal, medicamentos, equipamento, material de promoção da saúde, e outras necessidades;
- e) a que implementem prevenção, diagnóstico, tratamento, controle de vetores e estratégias de eliminação de maneira integrada, com ampla participação comunitária, de maneira que contribuam ao fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, incluindo a atenção primária em saúde e os sistemas de vigilância em saúde;
- f) a que explorem e, se for apropriado, promovam uma série de esquemas de incentivo à pesquisa e desenvolvimento, incluindo, nos casos apropriados, a desvinculação entre o custo da pesquisa e desenvolvimento e o preço dos produtos, por exemplo, mediante a outorga de prêmios, com o objetivo de combater as doenças que afetam desproporcionalmente os países em desenvolvimento;
- g) a que mobilizem recursos adicionais e envolvam possíveis parceiros nos países, bem como instituições bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, organizações não governamentais, fundações e outros atores;
- h) a que proporcionem apoio à promoção de pesquisa e desenvolvimento científico relacionado a novas e melhores ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos para prevenir e controlar doenças negligenciadas, como o desenvolvimento de testes de diagnóstico acessíveis, medicamentos mais seguros e mecanismos oportunos de diagnóstico para reduzir as complicações dessas doenças;
- i) a que aprovem as metas e indicadores para eliminação e redução das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza consideradas como prioridades pelos Estados Membros e listadas nos anexos A e B desta resolução;
- j) a que colaborem para fortalecer os mecanismos de vigilância das doenças negligenciadas e que aumentem o acesso às ferramentas disponíveis para o controle de doenças.

2. Solicitar à Diretora:
- a) que continue advogando por uma ativa mobilização de recursos e promova o desenvolvimento de parcerias para apoiar a implementação da presente resolução;
 - b) que forneça cooperação técnica aos países para a preparação de planos de ação nacionais e para apresentação de propostas de financiamento para o fundo fiduciário para eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza e à outras causas;
 - c) que promova a identificação, desenvolvimento e uso de intervenções baseadas em evidências que sejam sólidas do ponto de vista técnico e científico;
 - d) que promova a implementação das atuais diretrizes da OPAS/OMS para a prevenção e controle das doenças incluídas;
 - e) que promova a pesquisa e desenvolvimento científico relacionados a novas ou melhores ferramentas, estratégias, tecnologias e métodos para a prevenção e controle das doenças negligenciadas e suas consequências;
 - f) que apóie o fortalecimento dos sistemas de vigilância e atenção primária à saúde, bem como o monitoramento e avaliação dos planos de ação nacionais que estão sendo implementados;
 - g) que fortaleça a colaboração entre países que compartilham as mesmas doenças;
 - h) que continue a apoiar e fortalecer os mecanismos para aquisição de medicamentos como o Fundo Estratégico, de modo a tratar as doenças negligenciadas com o melhor custo e aumentar o acesso.

Anexos

(Nona reunião, 2 de outubro de 2009)

Presença de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza, por país, e número total de países onde cada doença ocorre na América Latina e Caribe, segundo os critérios indicados abaixo²

País	Doença											
	Doença de Chagas	Sífilis congênita	Raiva humana transmitida por cães	Hanseníase	Filariose linfática	Malária	Tétano Neonatal	Oncocercose	Peste	Esquistossomiase	Helminíase transmitida pelo solo	Tracoma
Anguilla	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antígua e Barbuda	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Argentina	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Aruba	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Bahamas	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Barbados	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Belize	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Bolívia	X	X	X	X	-	X	X	-	- ^b	-	X	-
Brasil	X	X	X	X ^a	X	X	X	X	X	X	X	X
Ilhas Caiman	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Chile	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Colômbia	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	-
Costa Rica	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-
Cuba	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Dominica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
República Dominicana	-	X	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-
Equador	X	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	-
El Salvador	X	X	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Guiana Francesa	X	...	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-
Granada	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guadalupe	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Guatemala	X	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X
Guiana	X	X	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-
Haiti	-	X	X	X	X	X	X ^a	-	-	-	X	-
Honduras	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Jamaica	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Martinica	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
México	X	X	-	X	-	X	X	X	-	-	X	X

² PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Presented at the Consultation on a Latin American and Caribbean Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases. Washington, DC, 15-16 de dezembro de 2008. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

País	Doença											
	Doença de Chagas	Sífilis congênita	Raiva humana transmitida por cães	Hanseníase	Filariose linfática	Malária	Tétano Neonatal	Oncocercose	Peste	Esquistossomiase	Helmintíase transmitida pelo solo	Tracoma
Montserrat	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Antilhas Holandesas	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Nicarágua	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Panamá	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Paraguai	X	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-
Peru	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-
Saint Kitts e Nevis	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Santa Lúcia	-	...	-	X	-	-	-	-	-	X	X	-
São Vicente e Granadinas	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Suriname	X	...	-	X	-	X	-	-	-	X	X	-
Trinidad e Tobago	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Turcas e Caicos	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Uruguai	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Virgens (Reino Unido)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Ilhas Virgens (EUA)	-	...	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-
Venezuela	X	X	X	X	-	X	X	X	-	X	X	-
Total de países da América Latina e Caribe onde ocorrem doenças	21	25	11	24	4	21	16	6	3	4	todos	3

^a Nesses países, a doença só está presente como problema de saúde pública ^b Área endêmica anteriormente
- Não há evidência... Não há informação

Crítérios:

Doença de Chagas:	Evidência de qualquer tipo de transmissão nos últimos 10 anos (1998-2007)
Esquistossomiase:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (1998-2007)
Filariose linfática:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Helmintíase transmitida pelo solo:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (2005-2007)
Hanseníase:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Oncocercose:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Raiva humana transmitida por cães:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2006-2008)
Tracoma:	Evidência da doença nos últimos 10 anos (1998-2007)
Tétano neonatal:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Sífilis congênita:	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2005-2007)
Malária	Evidência de transmissão local contínua nos últimos 5 anos
Peste	Evidência da doença nos últimos 3 anos (2006-2008)

Situação epidemiológica, metas de eliminação e estratégias primárias para a eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza.³

Neste anexo se detalham as doenças propostas para sua eliminação, sua situação epidemiológica, metas e estratégias. As estratégias deverão ser adaptadas pelos países de acordo com suas políticas de saúde, a situação epidemiológica e a organização de redes de serviço de saúde.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Doença de Chagas	<ul style="list-style-type: none"> – Há evidência de transmissão em 21 países das Américas – Estima-se que 8 a 9 milhões de pessoas estejam infectadas. – 40.000 novos casos de transmissão vetorial por ano. – Transmissão pelos principais vetores interrompida em vários países (Uruguai, Chile, Brasil e Guatemala) e áreas (Argentina e Paraguai). – A maioria dos países da América Latina está quase atingindo a meta de implementar triagem da doença de Chagas em todos os bancos de sangue. 	<ul style="list-style-type: none"> – Interromper a transmissão domiciliar do <i>T. cruzi</i> (índice de infestação triatomínea inferior a 1% e soroprevalência negativa em crianças até cinco anos, com exceção do mínimo representado por casos em crianças de mães soropositivas). – Interromper a transmissão transfusional do <i>T. cruzi</i> (100% de triagem do sangue).⁴ – Integrar diagnóstico da doença de Chagas no sistema de atenção primária, de modo a proporcionar tratamento e atenção a todos os pacientes nas fases aguda e crônica e reforçar a cadeia de oferta dos tratamentos existentes nos países para ampliar o acesso. – Prevenir o desenvolvimento de cardiomiopatias e problemas intestinais relacionados à doença de Chagas, oferecendo tratamento adequado às pessoas afetadas pelas várias etapas da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar vetores nas casas mediante controle químico. – Programas de gestão ambiental. – Informação/Educação/Comunicação (IEC). – Triagem de amostras nos bancos de sangue para evitar transmissão transfusional. – Triagem de mulheres grávidas e tratamento para evitar transmissão congênita. – Boas práticas de preparação de alimentos para evitar transmissão oral. – Tratamento etiológico de crianças – Oferecer tratamento a adultos com doença de Chagas.

³ PAHO/HSD/CD. Epidemiological Profiles of Neglected Diseases and Other Infections Related to Poverty in Latin America and the Caribbean. Presented at the Consultation on a Latin American and Caribbean Trust Fund for the Prevention, Control and Elimination of Neglected and Other Infectious Diseases. Washington, DC, 15-16 de dezembro de 2008. Disponível em:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=37.

⁴ Baseado em: WHO. *Elimination of transmission of Chagas Disease*. WHA51.14. Fifty-first World Health Assembly. 1998.

GROUP 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Sífilis congênita	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que 250.000 casos de sífilis congênita ocorram a cada ano na Região. – Numa pesquisa realizada em 2006, 14 países indicaram a incidência de sífilis congênita, variando de 0,0 caso por 1.000 nascidos vivos em Cuba a 1,56 no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública (menos de 0,5 caso por 1.000 nascidos vivos).⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> – Notificação obrigatória da sífilis e sífilis congênita em mulheres grávidas. – Triagem universal do sangue durante a primeira visita pré-natal (<20 semanas,) durante o terceiro trimestre, durante o parto e após natimorto e aborto. – Tratamento oportuno e adequado para todas as grávidas com sífilis, bem como cônjuges e recém-nascidos.
Raiva humana transmitida por cães	<ul style="list-style-type: none"> – Doença presente em 11 países nos últimos 3 anos. – Embora número de casos humanos seja baixo (16 em 2008) devido aos esforços dos países, ainda é alto o número de pessoas que vivem em áreas de risco devido à raiva em cães. – Maioria dos casos ocorreu no Haiti e Bolívia. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a raiva humana transmitida por cães (nenhum caso notificado ao Sistema de Vigilância Epidemiológica da Raiva (SIRVERA) coordenado pela OPAS).⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> – Vacinação de 80% da população canina em áreas endêmicas. – Tratar 100% da população exposta em risco com profilaxia pós-exposição se for indicado. – Vigilância epidemiológica. – Educação e comunicação para aumentar a conscientização acerca do risco da raiva. – Controle da população canina – Ações para prevenir a reintrodução

⁵ Baseado em: OPS. *Plan de Acción para la eliminación de la sífilis congénita*. 116ª Reunião do Comitê Executivo. CE116/14. OPS, 1995.

⁶ Baseado em: OPAS. 15ª Reunião Interamericana, a Nível Ministerial, sobre Saúde e Agricultura (RIMSA): “Agricultura e Saúde: Aliança pela Igualdade e Desenvolvimento Rural nas Américas”. CD48.R13. 48º Conselho Diretor.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Hanseníase	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em 24 países nos últimos três anos. – Somente no Brasil a prevalência nacional não atingiu a meta de “eliminação como problema de saúde pública” de menos de um caso por 10.000 habitantes. – Em 2007, 49.388 casos de hanseníase notificados nas Américas e 42.000 novos casos detectados. – No mesmo ano, 3.400 novos casos (8% do total) foram detectados com grau 2 de incapacidade. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a hanseníase como problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 habitantes) a partir dos primeiros níveis político-administrativos subnacionais.^{7,8,9} 	<ul style="list-style-type: none"> – Intensificar vigilância dos contatos. – Tratamento com múltiplas drogas em pelo menos 99% dos pacientes. – Definir introdução apropriada da quimioprofilaxia. – Detecção precoce do grau 2 de incapacidade.

⁷ Baseado em: WHO. Adoption of Multidrug Therapy for Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. 44th World Health Assembly. WHA44.9. Genebra: WHO, 1991.

⁸ Baseado em: WHO. Guide to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. Genebra: WHO, 2000.

⁹ Em substituição à meta de eliminação, o Brasil irá adotar as metas recomendadas para monitoramento epidemiológico da doença que constam no documento da OMS intitulado “Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy -2011-2015” (SEA-GLP-2009.4):

- Número e taxa por 100.000 habitantes de casos novos detectados por ano
- Número e taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade por 100.000 habitantes por ano.
- Proporção de pacientes que completam seu tratamento a tempo, como proxy da taxa de cura.

GRUPO 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Filariose linfática	<ul style="list-style-type: none"> – Presente no Brasil, Guiana, Haiti e República Dominicana. – Estima-se até 11 milhões de pessoas com risco de infecção. – População mais exposta a risco no Haiti (90%). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de 1% de prevalência de microfilárias em adultos em locais sentinelas e locais de controle por amostragem na área). – Interromper sua transmissão (nenhuma criança de 2 a 4 anos com resultado positivo no teste do antígeno). – Prevenir e controlar incapacidade¹⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração maciça de medicamentos (AMM) uma vez por ano pelo menos por 5 anos com cobertura mínima de 75% ou consumo de sal fortificado com dietilcarbamazina na alimentação diária. – Vigilância da morbidade de FL pelos sistemas locais de vigilância sanitária. – Gestão dos casos de morbidade. – Integração/coordenação de AMM com outras estratégias. – Estratégias de comunicação e educação nas escolas.
Malária	<ul style="list-style-type: none"> – 21 países endêmicos na Região. – Alguns países, como Paraguai e Argentina, têm baixa endemicidade (menos de um caso por 1.000 habitantes em risco) e focos bem estabelecidos. – No Caribe, somente Haiti e República Dominicana são considerados endêmicos e notificaram aproximadamente 26.000 casos em 2007 (90% no Haiti). 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a malária em áreas onde a interrupção da transmissão local é possível (Argentina, Haiti, México, Paraguai, República Dominicana e América Central).¹¹ – Eliminação (nenhum caso local por 3 anos consecutivos); pré-eliminação (taxa de positividade = < 5 % e < 1 caso por 1.000 habitantes em risco).¹² 	<ul style="list-style-type: none"> – Prevenção, vigilância, detecção precoce e contenção de epidemias. – Gestão integrada de vetores. – Diagnóstico rápido e tratamento apropriado dos casos. – Farmacovigilância intensiva de possível resistência ao tratamento e uso de resultados na definição da política de tratamento. – Fortalecimento da atenção primária e integração dos esforços de prevenção e controle com outros programas de saúde. – Participação comunitária.

¹⁰ Baseado em: WHO. Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level. Genebra: WHO; 2005.

¹¹ Baseado em: PAHO. Malaria: Progress Report. 142nd Session of the Executive Committee. CE142/16. PAHO. 2008.

¹² Baseado em: WHO. *Global Malaria Control and Elimination: Report of a Technical Review*. 17-18 de janeiro de, 2008. WHO. 2008. p.9.

GROUP 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Tétano neonatal	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em taxas mais baixas em 16 países nos últimos 3 anos. – No total, 63 casos foram notificados em 2007 (38 no Haiti). – Eliminado como problema de saúde pública em todos os países da América Latina e Caribe, com exceção do Haiti. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a doença como problema de saúde pública (menos de 1 caso por 1.000 recém-nascidos por ano num município ou distrito).¹³ 	<ul style="list-style-type: none"> – Imunização de mulheres em idade de procriar com toxóide tetânico. – Identificação de áreas de alto risco. – Vigilância adequada. – Parto e pós-parto higiênicos.
Oncocercose	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que 500.000 pessoas estejam em risco na Região. – 13 focos no Brasil, Colômbia, Equador, Guatemala, México e Venezuela. – Em 6 focos, transmissão parece ter sido interrompida após administração maciça de medicamentos com cobertura de ao menos 85% da população admissível. – Estão passando por uma vigilância pós-tratamento de três anos antes de certificar a eliminação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar a morbidade ocular e interromper transmissão.^{14,15} 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração maciça de medicamentos ao menos duas vezes por ano para atingir ao menos 85% da população em cada área endêmica. – Vigilância de sinais de morbidade ocular, microfilárias e nódulos. – Atendimento dermatológico por meio do sistema de atenção primária em áreas onde as infecções da pele constituem um problema.

¹³ Baseado em: Pan American Health Organization. *Neonatal Tetanus Elimination: Field Guide*, Second edition. Scientific and Technical Publication No. 602, Washington, D.C., 2005.

¹⁴ Baseado em: PAHO: *Toward the Elimination of Onchocerciasis (River Blindness) in the Americas. (CD48/10)*. 48º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, DC: OPAS; 2008.

¹⁵ Baseado em: WHO. Certification of elimination of human onchocerciasis: criteria and procedures. Guidelines. WHO; 2001.

GROUP 1: Doenças que têm maior potencial de serem eliminadas (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Peste	<ul style="list-style-type: none"> – Presente em focos silvestres em 5 países com casos esporádicos: Bolívia (nenhum caso notificado nos últimos 10 anos), Brasil, Equador, Estados Unidos e Peru. – Atualmente número de casos na América Latina é baixo (cerca de 12 casos por ano). – A maioria dos casos notificados no Peru. – Muito poucos são fatais. – Os casos geralmente ocorrem em pequenas povoados rurais com pobreza extrema. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar como problema de saúde pública (nenhum caso de mortalidade e evitar surtos domiciliares). 	<ul style="list-style-type: none"> – Detecção precoce e gestão oportuna dos casos. – Vigilância dos focos silvestres. – Melhoria da habitação e saneamento. – Controle de roedores e vetores. – Programas intersetoriais de melhoria da armazenagem de grãos. – Eliminação adequada dos resíduos agrícolas. – Instalações domiciliares para criação de “cuyes” (tipo de porquinho-da-índia usado para alimentação).
Tracoma	<ul style="list-style-type: none"> – Evidência da presença dessa doença no Brasil, Guatemala e México. – Focos confirmados em estados fronteiriços do Brasil, mas não há dados sobre os países vizinhos. – Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas vivem em áreas de risco e cerca de 7.000 casos foram identificados, a maioria no Brasil. 	<ul style="list-style-type: none"> – Eliminar novos casos de cegueira causada pelo tracoma (redução na prevalência de triquíase tracomatosa a menos de 1 caso por 1.000 habitantes e redução na prevalência de tracoma folicular ou inflamatório a menos de 5% em crianças de 1-9 anos).^{16,17} 	<ul style="list-style-type: none"> – Estratégia “SAFE” usada com os seguintes componentes: <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir cegueira mediante cirurgia das pálpebras para corrigir inversão ou entropia da pálpebra superior e triquíase. • Reduzir a transmissão em áreas endêmicas mediante lavagem do rosto e uso de antibióticos.

¹⁶ Baseado em: WHO. Report of the Global Scientific Meeting on Future Approaches to Trachoma Control. Geneva: WHO; 1996. p. 4-7.

¹⁷ Baseado em: WHO. Trachoma control: A guide for programme managers. WHO, 2006.

GRUPO 2: Doenças cuja prevalência pode ser drasticamente reduzida (com intervenções eficazes em função do custo disponíveis)			
Doença	Situação epidemiológica	Metas	Estratégia primária
Esquistossomíase	<ul style="list-style-type: none"> – Presente no Brasil, Santa Lúcia, Suriname e Venezuela. – São necessários estudos para confirmar a eliminação de áreas anteriormente endêmicas no Caribe. – Estima-se que cerca de 25 milhões de pessoas vivem em risco nas Américas. – Estima-se que de 1 a 3 milhões de pessoas estejam infectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir a prevalência e carga parasitária em áreas de alta transmissão a menos de 10%, medida pela contagem de ovos.^{18,19} 	<ul style="list-style-type: none"> – Quimioterapia preventiva ao menos para 75% das crianças em idade escolar que vivem em áreas de risco, definidas pela prevalência acima de 10% em crianças dessa idade. – Melhorias nos sistemas de disposição de dejetos e acesso a água potável e educação.
Helminíase transmitida pelo solo	<ul style="list-style-type: none"> – Estima-se que a helmintíase transmitida pelo solo esteja presente em todos os países da Região. – Estimativas regionais calculam em 26,3 milhões o número de crianças em idade escolar com risco de contrair a doença na América Latina e Caribe. – Em 13 dos 14 países com informação disponível havia uma ou mais áreas com prevalência de STH acima de 20%. 	<ul style="list-style-type: none"> – Reduzir a prevalência entre crianças em idade escolar em áreas de alto risco (prevalência >50%) a menos de <20% medida pela contagem de ovos.²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> – Administração regular de quimioterapia preventiva ou administração maciça de medicamentos ao menos para 75% das crianças em idade escolar sob risco (segundo definição de cada país, considerando a prevalência). Se a prevalência de qualquer infecção helmíntica transmitida pelo solo entre crianças em idade escolar for $\geq 50\%$ (comunidade de alto risco), tratar todas as crianças em idade escolar duas vezes por ano. Se a prevalência de uma infecção helmíntica transmitida pelo solo entre crianças em idade escolar em risco for $\geq 20\%$ e $< 50\%$ (comunidade de baixo risco), tratar todas as crianças em idade escolar uma vez por ano. – Promover acesso a água segura, saneamento e educação sanitária, mediante colaboração intersetorial.

¹⁸ Baseado em: WHO. *Preventive chemotherapy in human helminthiasis*. Genebra: WHO; 2006.

¹⁹ Baseado em: WHO. *Schistosomiasis and soil-transmitted helminth infections*. 54th World Health Assembly. WHA54.19. Genebra: WHO, 2001.

²⁰ Baseado em: WHO. *Preventive chemotherapy in Human Helminthiasis*. Genebra: WHO; 2006.

CD49.R20: Saúde e turismo

O 49º CONSELHO DIRETIVO:

Tendo revisado o relatório da Diretora, *Saúde e Turismo* (documento CD49/15);

Reconhecendo a importância de se tomar mais consciência quanto à relevância dos vínculos entre a saúde e o turismo, para a promoção de políticas nacionais de turismo que sejam favoráveis à saúde e quanto ao aumento da participação da iniciativa privada, das comunidades e dos meios de comunicação;

Reconhecendo, também, a importância de se refletir sobre os fatores da saúde e do meio ambiente que põem em perigo o desenvolvimento do turismo sustentável na Região, mediante o exame das oportunidades e das principais barreiras intervindo neste desenvolvimento nas Américas;

Considerando a necessidade de se criar um quadro de cooperação entre organismos internacionais, regionais e especializados em saúde e turismo;

Ressaltando a relevância de se gerar informações baseadas em provas científicas para determinar quais são as repercussões da atividade turística na saúde pública e no desenvolvimento sustentável dos países da Região;

Levando em consideração a necessidade de se promover estudos epidemiológicos para calcular a carga de doença relacionada com o turismo e a prevalência em grupos específicos da população, e adotar indicadores essenciais para a vigilância e a definição da qualidade do turismo saudável;

Reconhecendo o valor de se definir um quadro de medidas conjuntas com organismos que possam impulsionar estas medidas, bem como o quadro para a vigilância e avaliação de um plano de ação,

RESOLVE:

1. Respalda os conceitos sobre saúde e turismo contidos no documento CD49/15.
2. Instar os Estados-Membros a que:
 - a) incluam, em seus planos nacionais de saúde, o tema saúde e turismo, enfatizando aspectos relevantes para o turismo, como a alimentação correta, a atividade física, as condições higiênicas, a segurança e proteção contra riscos sanitários;

- b) elaborem, segundo recomendações emanadas do Fórum Regional de Saúde e Turismo, estudos de avaliação da morbidade atribuída ao turismo e examinem as perspectivas, crenças e necessidades para fundamentar os processos de decisão;
- c) promovam e considerem os mecanismos de vigilância sanitária e de análise de risco existentes, podendo incluir os sistemas hoteleiros nacionais em todos os países da Região;
- d) promovam um enfoque baseado no fortalecimento de ambientes favoráveis ao fomento de comportamentos saudáveis e controle das pessoas sobre seus determinantes da saúde;
- e) fortaleçam, em conformidade com o Regulamento Sanitário Internacional, sua capacidade de análise sobre eventos de saúde pública e surtos relacionados com as instalações turísticas e os viajantes;
- f) fortaleçam os sistemas de saúde para gerar informações baseadas em provas estratégicas vinculadas à saúde, ao turismo e ao desenvolvimento, mediante a avaliação das mudanças atuais, da cobertura, do seguimento e da qualidade dos programas nacionais;
- g) estabeleçam e fortaleçam os sistemas de informação e as redes para o intercâmbio de informações e boas práticas relacionadas com o tema;
- h) promovam os métodos de saúde ambiental e ocupacional no planejamento, projeto, construção e funcionamento de hotéis e outros estabelecimentos relacionados com o turismo que permitam sistematizar informações para o desenho de metodologias de certificação sanitária de instalações como um valor agregado para a indústria;
- i) promovam o desenvolvimento de comunidades saudáveis o que irá beneficiar tanto a população quanto a indústria do turismo.

3. Solicitar à Diretora:

- a) que mantenha o compromisso da Organização com o tema, atualize sua estratégia de cooperação e formule um plano de ação regional (2010-2020) que abranja as diferentes áreas programáticas;
- b) que crie o Fórum Regional de Saúde e Turismo para examinar o conceito de turismo saudável, promover a cooperação técnica entre países, fomentar a troca de conhecimentos e informações, e promover alianças com organizações privadas e

- comunitárias, com o objetivo de que os países adotem políticas concretas vinculativas à saúde e ao turismo;
- c) que mobilize recursos e atue de forma interprogramática no emprego eficaz e sustentado da estratégia e do plano de ação regionais;
 - d) que promova o estabelecimento e o cumprimento das normas de qualidade sobre saúde e turismo, para melhorar a competitividade turística dos países da Região;
 - e) que fortaleça a capacidade do pessoal dos setores público e privado, incluindo os funcionários de saúde ambiental e trabalhadores de hotéis, nas boas práticas de manejo dos problemas vinculados ao turismo e ao meio ambiente (como eliminação de águas residuais e de resíduos sólidos nas instalações turísticas, manipulação dos alimentos etc.);
 - f) que promova a adoção das normas e dos regulamentos nos países interessados em desenvolver o produto turístico de “viagens pela saúde” (restabelecimento e recuperação, cirurgia, produtos de bem-estar, outros procedimentos médicos).

(Nona reunião, 2 de outubro de 2009)

CD49.R21: Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado as modificações do Regulamento e Estatuto do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana apresentadas pela Diretora no anexo do documento CD49/27;

Considerando a revisão na escala de salário-base/mínimo para as categorias profissionais e superiores, a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2009 (Resolução CE144.R15);

Levando em conta as ações da 62ª Assembléia Mundial da Saúde com respeito à remuneração dos Diretores Regionais;

Reconhecendo a necessidade de haver uniformidade com respeito às condições de emprego do pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana e da Organização Mundial da Saúde e coerência no Regulamento e Estatuto do Pessoal da RSPA,

RESOLVE:

1. Estabelecer, a partir de 1º de janeiro de 2009, o salário anual da Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana em US\$ 194.820 antes de deduzir as contribuições do pessoal, o que equivale a um salário líquido modificado de \$139.633 (com dependentes) ou \$125.663 (sem dependentes).
2. Aprovar a modificação do artigo 11.2 do Estatuto do Pessoal, esclarecendo a jurisdição do Tribunal Administrativo da Organização Internacional do Trabalho em recursos de apelação da RSPA.

(Nona reunião, 2º de outubro de 2009)

CD49.R22: *Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde*

O 49º CONSELHO DIRETOR,

Tendo considerado o relatório da Diretora das *Redes Integradas de Serviços de Saúde baseadas na atenção primária de saúde* (documento CD49/16), que resume o problema da fragmentação dos serviços de saúde e propõe a criação de redes integradas de serviços de saúde, para abordá-lo;

Preocupado pelo nível elevado de fragmentação dos serviços de saúde e seu impacto negativo sobre o desempenho geral dos sistemas de saúde, dificultando assim o acesso aos serviços, prestação de serviços de qualidade técnica baixa, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e pouca satisfação dos usuários com os serviços prestados;

Consciente da necessidade de consolidar os sistemas de saúde centrados na atenção primária (APS) como estratégia fundamental para o alcance das metas nacionais e internacionais de saúde, entre outras estipuladas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio;

Reconhecendo que as redes integradas de serviços de saúde constituem uma das principais expressões operacionais da abordagem da APS com relação à prestação de serviços de saúde, contribuindo para o alcance de seus vários elementos essenciais como a cobertura e o acesso universal; o primeiro contato; a atenção integral à saúde; atenção apropriada à saúde; organização e gestão ótimas e ação intersetorial, entre outros;

Consciente de que as redes integradas de serviços de saúde melhoram a acessibilidade do sistema, reduzem a atenção inadequada, reduzem a fragmentação da atenção à saúde, evitam a duplicação das infraestruturas e serviços, diminuem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas, famílias e comunidades;

Reconhecendo os compromissos assumidos em conformidade com o artigo III da Declaração de Montevideu sobre a renovação da atenção primária, com o parágrafo 49 da Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017; e com o parágrafo 6 do Consenso de Iquique da XVII Reunião Ibero-Americana de Ministros da Saúde, que enfatizam a necessidade de criar modelos de atendimento à saúde mais abrangentes, que incluam redes de serviços de saúde,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros para:
 - a) que se tornem conscientes do problema da fragmentação dos serviços de saúde no sistema de saúde, e se for o caso, nos subsistemas que o compõem;
 - b) que promovam um diálogo com todos os atores pertinentes, em particular, os provedores de serviços de saúde e as pessoas que realizam o trabalho de atenção domiciliar e a comunidade em geral, com relação ao problema da fragmentação dos serviços e as estratégias para abordá-lo;
 - c) que elaborem um plano nacional de ação que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde com uma abordagem de saúde familiar e comunitária, como modalidade preferencial de prestação de serviços de saúde no país;
 - d) que promovam a capacitação e gestão dos recursos humanos compatíveis com a criação das redes integradas de serviços de saúde;
 - e) que implementem e avaliem periodicamente o plano nacional de ação para o estabelecimento das Redes Integradas de Serviços de Saúde.
2. Solicitar à Diretora:
 - a) que dê apoio aos países da Região na elaboração de seus planos nacionais de ação para a criação de redes integradas de serviços de saúde;

- b) que promova a criação de redes integradas de serviços de saúde nas fronteiras comuns, incluindo, caso corresponda, regimes de cooperação e compensação dos serviços entre diferentes países (ou “serviços partilhados” no caso do Caribe);
- c) que formule modelos conceituais e analíticos, ferramentas, métodos, e guias que facilitem a criação, de redes integradas de serviços de saúde;
- d) que desenvolva um documento de orientação para a execução das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde conjuntamente com as partes interessadas;
- e) que apóie a capacitação e gestão dos recursos humanos de saúde compatíveis com a criação de redes integradas de serviços de saúde, inclusive das pessoas que não recebem remuneração e que prestam atenção à saúde domiciliar e à comunidade;
- f) que mobilize recursos em apoio à criação de redes integradas de serviços de saúde na Região, incluindo a documentação de boas práticas e a troca de experiências bem-sucedidas, entre países;
- g) que desenvolva um modelo de auditoria e avaliação, que inclua indicadores de desempenho e mecanismos de monitoramento, para avaliar os planos de ação e o progresso da execução das Redes Integradas de Prestação de Serviços de Saúde;
- h) que promova um diálogo com a comunidade de organismos de cooperação/doadores internacionais, a fim de conscientizá-los sobre o problema da fragmentação dos serviços de saúde e solicite o seu apoio para o estabelecimento de redes integradas de serviços de saúde na Região.

(Nona reunião, 2 de outubro de 2009)

Decisões

CD49(D1) *Designação da Comissão de Credenciais*

Em conformidade com o Artigo 31 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho nomeou Belize, Brasil e Costa Rica como membros da Comissão de Credenciais.

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2009)

CD49(D2) *Eleição da mesa diretora*

Em conformidade com o Artigo 16 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho elegeu o Paraguai como presidente, Dominica e Nicarágua como vice-presidentes e a República Dominicana como relator do 49º Conselho Diretor.

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2008)

CD49(D3) *Aprovação da agenda*

Em conformidade com o Artigo 10 do Regulamento Interno do Conselho Diretor, o Conselho aprovou, sem modificação, a agenda apresentada pela Diretora (Documento CD49/1, Rev. 1).

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2009)

CD49(D4) *Formação da Comissão Geral*

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

(Primeira reunião, 28 de setembro de 2009)

CD49(D5) ***Seleção de um Estado Membro da região das Américas facultado a designar uma pessoa para participar da Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), devido ao término do mandato do Brasil***

O Conselho Diretor selecionou o Equador como Estado Membro da Região das Américas com direito a indicar uma pessoa para fazer parte do Comitê de Coordenação Conjunta do Programa Especial de Pesquisa e Ensino em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR) por um período de quatro anos, a começar no dia 1º de janeiro de 2010.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

CD49(D6) ***Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito de designar um representante no Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS, devido ao término dos mandatos da Argentina e do México***

O Conselho selecionou a Guatemala e Paraguai como os Estados Membros da Região das Américas com direito a indicar um representante para fazer parte do Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Formação de Pesquisadores em Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS por um período de três anos, a começar em 1º de janeiro de 2010.

(Quinta reunião, 30 de setembro de 2009)

EM TESTEMUNHO DO QUE, a Presidente do 49º Conselho Diretor, delegada do Paraguai, e a secretária *ex officio*, Diretora da Repartição Sanitária Pan-Americana, assinam o Relatório Final em língua espanhola.

REALIZADO em Washington, D.C., Estados Unidos, no dia 2 de outubro de 2009. A Secretária depositará o documento original assinado nos arquivos da Repartição Sanitária Pan-Americana.

Esperanza Martínez
Presidente do 49º Conselho Diretor
Delegada do Paraguai

Mirta Roses Periago
Secretária *ex officio* do 49º Conselho Diretor
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 do Presidente, de dois Vice-presidentes e do Relator
 - 2.3 Estabelecimento de um Grupo de Trabalho para Estudar a Aplicação do Artigo 6.B da Constituição da OPAS
 - 2.4 Estabelecimento da Comissão Geral
 - 2.5 Adoção da agenda
- 3. ASSUNTOS RELATIVOS À CONSTITUIÇÃO**
 - 3.1 Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo
 - 3.2 Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
 - 3.3 Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago, e Uruguai
- 4. ASSUNTOS RELATIVOS À POLÍTICA DE PROGRAMAS**
 - 4.1 Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
 - 4.2 Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 modificado
 - 4.3 Nova escala de cotas
 - 4.4 Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável
 - 4.5 Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza

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

- 4.6 Política de pesquisa para a saúde
- 4.7 Estratégia e plano de ação para saúde mental
- 4.8 Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem
- 4.9 Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero
- 4.10 Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos
- 4.11 Saúde e turismo
- 4.12 Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária à saúde
- 4.13 Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
- 4.14 Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
- 4.15 Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual
- 4.16 Saúde familiar e comunitária
- 4.17 Fundo Rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde para a Compra de Vacinas
- 4.18 Mesa-redonda sobre hospitais seguros
- 4.19 Painel de debates sobre a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e pelo Desenvolvimento para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

5. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS

- 5.1 Relatório sobre a arrecadação de cotas
- 5.2 Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008
- 5.3 Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras
- 5.4 Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria
- 5.5 Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana

6. SELEÇÃO DE ESTADOS MEMBROS PARA FAZER PARTE DE CONSELHOS OU COMITÊS

- 6.1 Seleção de um Estado Membro da região das Américas facultado a designar uma pessoa para participar da Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), devido ao término do mandato do Brasil
- 6.2 Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito de designar um representante no Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS, devido ao término dos mandatos da Argentina e do México
- 6.3 Eleição de cinco membros não permanentes do Comitê Consultivo do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)

7. PRÊMIOS

- 7.1 Prêmio OPAS em Administração 2009

8. ASSUNTOS PARA INFORMAÇÃO

- 8.1 Código de práticas para a contratação internacional de profissionais de saúde: documento da OMS para discussão
- 8.2 Relatório sobre os progressos realizados em termos de assuntos técnicos: Regulamento Sanitário Internacional (*inclui Relatório sobre a Pandemia [H1N1] 2009*)
- 8.3 Resoluções e outras ações de organizações intergovernamentais de interesse para a OPAS:
 - 8.3.1 Resoluções e outras ações da 62^a Assembleia Mundial da Saúde
 - 8.3.2 Resoluções e outras ações do trigésimo nono período ordinário de sessões da Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos
 - 8.3.3 Relatório da Quinta Cúpula das Américas
- 8.4 Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros:
 - 8.4.1 Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
 - 8.4.2 Fundo Mestre de Investimento de Capital

9. OUTROS ASSUNTOS

10. ENCERRAMENTO DA SESSÃO

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos Oficiais

Documento Oficial 328*	Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (Rascunho)
Documento Oficial 333	Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
Documento Oficial 333, Add. I	Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
Documento Oficial 335*	Relatório financeiro parcial do Diretor para 2008

Documentos de Trabalho

CD49/1, Rev. 1	Adoção da Agenda
CD49/2	Relatório anual do Presidente do Comitê Executivo
CD49/3, Rev. 1	Relatório anual do Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD49/4	Eleição de três Estados Membros para o Comitê Executivo ao término dos mandatos dos Estados Unidos da América, Trinidad e Tobago, e Uruguai
CD49/5, Rev. 1	Projeto de Programa e Orçamento da OPAS 2010-2011
CD49/6	Plano Estratégico da OPAS 2008-2012 Modificado (Rascunho)

* Este documento está disponível somente em inglês e espanhol. Em anexo, encontra-se a versão em espanhol

* Este documento está disponível somente em inglês e espanhol. Em anexo, encontra-se a versão em espanhol

Documentos de Trabalho (*cont.*)

CD49/7	Nova escala de cotas
CD49/8	Plano de ação para a saúde dos idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável
CD49/9	Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza
CD49/10	Política de pesquisa para a saúde
CD49/11	Estratégica e plano de ação para saúde mental
CD49/12	Plano de ação para a saúde do adolescente e do jovem
CD49/13	Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero
CD49/14	Diretrizes para uma política de doação e transplante de órgãos humanos
CD49/15	Saúde e turismo
CD49/16	Redes integradas de serviços de saúde baseadas na atenção primária de saúde
CD49/17	Reforma institucional do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)
CD49/18	Análise institucional e reorganização interna do Instituto de Nutrição da América Central e Panamá (INCAP)
CD49/19	Plano de ação na prevenção da cegueira evitável e deficiência visual
CD49/20	Saúde familiar e comunitária

Documentos de Trabalho (cont.)

CD49/21	Fundo Rotativo da Organização Pan-Americana da Saúde para a Compra de Vacinas
CD49/22 e Add. I	Mesa-redonda sobre hospitais seguros
CD49/23, Rev. 1 e Add. I	Debate-painel sobre a Aliança Pan-Americana pela Nutrição e pelo Desenvolvimento para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
CD49/24 e Add. I	Relatório sobre a arrecadação de cotas
CD49/25	Modificações do Regulamento Financeiro e das Regras Financeiras
CD49/26	Proposta de estabelecimento de um comitê de auditoria
CD49/27	Salário do Diretor e emendas ao Regulamento do Pessoal da Repartição Sanitária Pan-Americana
CD49/28	Seleção de um Estado Membro da região das Américas facultado a designar uma pessoa para participar da Junta Coordenadora Comum do Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais do UNICEF/PNUD/Banco Mundial/OMS (TDR), devido ao término do mandato do Brasil
CD49/29	Seleção de dois Estados Membros da região das Américas com direito de designar um representante no Comitê de Política e Coordenação do Programa Especial de Pesquisa, Desenvolvimento e Treinamento em Pesquisa sobre Reprodução Humana do PNUD/Banco Mundial/OMS, devido ao término dos mandatos da Argentina e do México

Documentos de Informação (*cont.*)

CD49/INF/4	Relatórios de progresso sobre assuntos administrativos e financeiros
<i>CD49/INF/4-A</i>	Estado da execução das Normas Internacionais de Contabilidade do Setor Público (IPSAS)
<i>CD49/INF/4-B</i>	Fundo Mestre de Investimento de Capital

**LIST OF PARTICIPANTS/
LISTA DE PARTICIPANTES**

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS

**ANTIGUA AND BARBUDA/ANTIGUA Y
BARBUDA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Mr. John Jarvis
Permanent Secretary
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

Delegate – Delegado

Ms. Rhonda Sealey-Thomas
Chief Medical Officer
Ministry of Health, Sports, and
Youth Affairs
St. John's

ARGENTINA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Juan Manzur
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Delegates – Delegados

dr. Eduardo Bustos Villar
Secretario de Determinantes de la Salud
y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud
Buenos Aires

dr. Máximo Diosque
Secretario de Promoción y Programas
Sanitarios
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Alternates – Alternos

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

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

dra. Cristina Liliana Uria
Ministra de Salud de la Provincia
de Río Negro
Ministerio de Salud
Río Negro

dr. Ángel Francisco Giano
Ministro de Salud y Acción Social
de la Provincia de Entre Ríos
Ministerio de Salud
Entre Ríos

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

sr. Maximiliano Ojeda
Coordinador de Ceremonial
Ministerio de Salud
Buenos Aires

sra. Valeria Zapesoschny
Coordinadora de Prensa y
Comunicación Social
Ministerio de Salud
Buenos Aires

Su Excelencia Rodolfo Gil
Embajador, Representante Permanente
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

Ministro Martín G. Bustillo
Representante Alterno de Argentina ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ARGENTINA (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

sra. Ana M. Pastorini
Consejera, Representante Alternata
de Argentina ante la Organización de
los Estados Americanos
Washington, D.C.

BAHAMAS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator Hon. Dion Foulkes
Minister of Labor and Social Development
Ministry of Labor and Social Development
Nassau

Delegates – Delegados

His Excellency Cornelius Smith
Ambassador
Embassy to the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

Mrs. Elizabeth Keju
Under Secretary
Ministry of Health and Social Development
Nassau

Ms. Rhoda Jackson
Charged' Affairs and Interim
Representative
Permanent Mission of The Bahamas
to the Organization of American States
Washington, D.C.

Ms. Bridgett McKay
Second Secretary
Embassy of the Commonwealth of
The Bahamas
Washington, D.C.

BARBADOS

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

Mr. Ronald Fitt
Permanent Secretary
Ministry of Health
St. Michael

dr. Elizabeth Ferdinand
Senior Medical Officer of Health
Ministry of Health
St. Michael

Alternates – Alternos

Mr. Danny Gill
Director, Planning and
Research Unit
Ministry of Health
St. Michael

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

BELIZE/BELICE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

dr. Michael Pitts
Director of Health Services
Ministry of Health
Belmopan City

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BELIZE/BELICE (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

BOLIVIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Ramiro Tapia
Ministro de Salud y Deportes
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Delegates – Delegados

dra. Janette Vidaurre
Coordinadora de Relaciones
Internacionales
Ministerio de Salud y Deportes
La Paz

Su Excelencia José E. Pinelo
Embajador, Representante Permanente
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

sra. Gisela Vaca
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

sra. Aylín Oropeza
Primera Secretaria, Representante Alternata
de Bolivia ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

BRAZIL/BRASIL

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

Delegates – Delegados

dr. Francisco Eduardo de Campos
Secretário de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

dr. Luiz Fernando Beskow
Diretor de Programa da Secretaria
Executiva
Ministério da Saúde
Brasília

Alternates – Alternos

dr. Paulo E. Gadelha Vieira
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

dr. José Luiz Telles de Almeida
Diretor do Departamento de Ações
Programáticas Estratégicas da
Secretaria de Atenção a Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

dr. Eduardo Hage Carmo
Diretor do Departamento de
Vigilância Epidemiológica
Ministério da Saúde
Brasília

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

BRAZIL/BRASIL (cont.)

Alternates – Alternos (cont.)

dr. Leandro Luiz Viegas
Chefe da Assessoria de Assuntos
Internacionais de Saúde
Ministério da Saúde
Brasília

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

sr. Luis Renato Strauss
Chefe Da Divisão de lá Prensa da
Assessoria de Comunicação Social
Ministério da Saúde
Brasília

sra. Juliana Vieira Borges Vallini
Assessora Jurídica do Programa Nacional
DST/AIDS
Ministério da Saúde
Brasília

sra. Viviane Rios Balbino
Secretária
Missão Permanente do Brasil junto à
Organização dos Estados Americanos
Washington, D.C.

CANADA/CANADÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Karen Dodds
Assistant Deputy Minister
Health Canada
Ottawa

Delegates – Delegados

Mr. Martin Methot
Director
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa

CANADA/CANADÁ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

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

Alternates – Alternos

Ms. Carolina Seward
Policy Analyst
PAHO/Americas
International Affairs Directorate
Health Canada
Ottawa, Ontario

Ms. Jane Billings
Senior Assistant Deputy Minister
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Ranu Sharma
Senior Policy Analyst
Planning and Public Health
Integration Branch
Public Health Agency
Ottawa, Ontario

Ms. Sarada Leclerc
Health A/Team Leader
Canadian International Development
Agency
Gatineau, Quebec

His Excellency Graeme Clark
Ambassador, Permanent Representative
of Canada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

Mr. Darren Rogers
Alternate Representative of Canada
to the Organization of American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CHILE

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dra. Jeannette Vega
Subsecretaria de Salud Pública
Ministerio de Salud
Santiago

Delegates – Delegados

sra. Paula Forttes Valdivia
Directora del Servicio Nacional
del Adulto Mayor
Ministerio de Salud
Santiago

sr. José Miguel Huerta
Jefe de la Oficina de Cooperación y
Asuntos Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Alternates – Alternos

dra. Helia Molina
Jefa de la División de Políticas Públicas
Saludables y Promoción
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

sra. María Jesús Roncarati Guillón
Coordinadora de Proyectos
Oficina de Cooperación y Asuntos
Internacionales
Ministerio de Salud
Santiago

Su Excelencia Pedro Oyarce
Embajador, Representante Permanente
de Chile ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

sr. Luis Petit-Laurent
Primer Secretario
Misión Permanente de Chile ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

COLOMBIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Carlos Ignacio Cuervo
Viceministro de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social
Santa Fe de Bogotá

Delegate – Delegado

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

COSTA RICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Daniel Salas Peraza
Director de Mercadotecnia de la Salud
Ministerio de Salud
San José

Delegate – Delegado

sra. Maritza Chan Valverde
Ministra Consejera
Misión Permanente de Costa Rica ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

CUBA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Eleuterio R. González Martín
Viceministro de Docencia e
Investigaciones
Ministerio de Salud Pública
La Habana

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

CUBA (cont.)

Delegates – Delegados

dr. Antonio Diosdado
González Fernández
Jefe del Departamento de Organismos
Internacionales
Ministerio de Salud Pública
La Habana

sr. Jorge Bolaños
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

sr. Damián Cordero
Segundo Secretario
Jefe de la Sección de Intereses
Washington, D.C.

DOMINICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. John Fabien
Minister for Health and Environment
Ministry for Health and Environment
Roseau

Delegate – Delegado

dr. Dorian Shillingford
Chairman
Dominica Medical Board
Ministry for Health and Environment
Roseau

**DOMINICAN REPUBLIC/REPÚBLICA
DOMINICANA**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Bautista Rojas Gómez
Secretario de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Delegates – Delegados

dra. Tirsis Quezada
Subsecretaria de Desarrollo Institucional
Secretaría de Estado de Salud Pública
y Asistencia Social
Santo Domingo

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

Alternates – Alternos

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

sr. Francisco Cruz
Consejero, Representante Alterno de la
República Dominicana ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

ECUADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dra. Caroline Chang
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Quito

Delegates – Delegados

sra. Elizabeth Moreano
Representante Alternata
Misión Permanente del Ecuador ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

ECUADOR (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

dra. Mariuxi Vera
Funcionaria Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

Alternates – Alternos

dr. Edgar Godoy
Asesor Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

dr. William Córdova
Funcionario Despacho Ministerial
Ministerio de Salud Pública
Quito

EL SALVADOR

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

dr. Eduardo Espinoza
Viceministro de Salud Pública
y Asistencia Social
Políticas Sectoriales
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
San Salvador

Su Excelencia Luis Menéndez Leal
Embajador, Representante Interino de
El Salvador ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

EL SALVADOR (cont.)

Alternate – Alterno

sra. Carolina Sánchez
Consejera, Representante Alternativa
Misión Permanente de El Salvador ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

FRANCE/FRANCIA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

S.E. Madame Marie-France Pagnier
Ambassadeur, Observateur permanent
de la France près l'Organisation des
États Américains
Washington, D.C.

Delegates – Delegados

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

Professeur Jacques Drucker
Conseiller santé près l'Ambassade
de France aux États-Unis
Washington, D.C.

GRENADA/GRANADA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Ms. Ingrid Jackson
Attaché, Alternate Representative of
Grenada to the Organization of
American States
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

GUATEMALA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

dr. Israel Lemus
Director General
Sistema Integral de Atención en Salud
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

Lic. Bernardita Lourdes Xitumul
Directora del Departamento de
Cooperación Internacional y
Planificación Estratégica
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social
Guatemala

GUYANA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. dr. Leslie Ramsammy
Minister of Health
Ministry of Health
Georgetown

Delegates – Delegados

dr. Sonia Chehil
Mental Health Advisor
Ministry of Health
Georgetown

Ms. Amanda Ramsammy
Ministry of Health
Georgetown

HAITI/HAITÍ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Dr Alex Larsen
Ministre de la Santé publique
et de la Population
Ministère de la Santé publique
et de la Population
Port-au-Prince

Delegate – Delegado

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

JAMAICA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rudyard Spencer
Minister of Health
Ministry of Health
Kingston

Delegates – Delegados

dr. Jean Dixon
Permanent Secretary
Ministry of Health
Kingston

dr. Sheila Campbell-Forrester
Chief Medical Officer
Ministry of Health
Kingston

MEXICO/MÉXICO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud
Secretaría de Salud
México, D. F.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

MEXICO/MÉXICO (cont.)

Delegates – Delegados

dr. Jorge Valdez García
Director General de Calidad y Educación
en Salud
Secretaría de Salud
México, D.F.

Lic. Ana María Sánchez
Directora de Cooperación Bilateral
y Regional
Secretaría de Salud
México, D.F.

Alternates – Alternos

sra. Flor de Lis Vásquez Muñoz
Representante Alterna de México ante
la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Lic. Eduardo Jaramillo
Director General Adjunto
Secretaría de Salud
México, D.F.

sr. Alberto Del Castillo
Representante Alternos de México ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

sra. Rosa Zárate
Codirectora Centro Colaborador
OPS/México
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

sra. Susana Salas
Asuntos Internacionales
Universidad Autónoma de México
México, D.F.

NICARAGUA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Guillermo González
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Delegates – Delegados

dr. Alejandro José Solís Martínez
Director General de Planificación
y Desarrollo
Ministerio de Salud
Managua

sra. Agnes María Alvarado Guevara
Segunda Secretaria
Misión Permanente de Nicaragua ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington D.C.

PANAMA/PANAMÁ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Franklin Vergara
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

Delegates – Delegados

dr. Julio Santamaría Rubio
Viceministro de Salud
Ministerio de Salud
Ciudad de Panamá

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

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PANAMA/PANAMÁ (cont.)

Alternates – Alternos

Su Excelencia Guillermo Cochez
Embajador de la República de Panamá
ante los Estados Unidos de América
Washington D.C.

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

sra. Menitza Xiomara Mandiche Piza
Consejero, Representante Alterno
de Panamá ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

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

PARAGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

dra. María Cristina Guillen
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Lic. Enrique García de Zuñiga
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

PARAGUAY (cont.)

Alternates – Alternos

dr. Iván Allende Criscioni
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

dra. María del Carmen Gómez
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

dr. Diego Ariel Gamarra
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

Lic. Ana María Paredes
Ministerio de Salud Pública y
Bienestar Social
Asunción

sr. Francisco Barreiro
Consejero, Representante Alterno de
Paraguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington D.C.

PERU/PERÚ

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Oscar Ugarte Ubilluz
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Lima

Delegates – Delegados

Excelentísima sra. María Zavala
Valladares
Embajadora, Representante Permanente
del Perú ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

PERU/PERÚ (cont.)

Delegates – Delegados (cont.)

sr. Orlando Velorio Pérez
Ministro, Representante Alterno del Perú
ante la Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

Alternates – Alternos

sr. Carlos Jiménez
Representante Alterno del Perú ante la
Organización de los Estados
Americanos
Washington, D.C.

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

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. Rupert Emmanuel Herbert
Minister of Health and Environment
Ministry of Health and Environment
Basseterre

Delegates – Delegados

dr. Patrick Martin
Chief Medical Officer
Ministry of Health and Environment
Basseterre

His Excellency Izben C. Williams
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Kitts and Nevis to the
Organization of American States
Washington, D.C.

SAINT LUCIA/SANTA LUCÍA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

His Excellency Michael Louis
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Lucia to the Organization of
American States
Washington, D.C.

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Hon. dr. Douglas Slater
Minister of Health and the Environment
Ministry of Health and the Environment
Kingstown

Delegates – Delegados

Her Excellency La Celia A. Prince
Ambassador, Permanent Representative
of Saint Vincent and the Grenadines to
the Organization of American States
Washington, D.C.

Mr. Omari S. Williams
Counselor, Alternate Representative of
Saint Vincent and the Grenadines to the
Organization of American States
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

Mr. Asram Y. S. Soleyn
Counselor
Embassy of Saint Vincent and
the Grenadines to the United States
of America
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

SURINAME

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Delegates – Delegados

dr. Virginia Asin-Oostburg
Deputy Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo

Ms. Miriam Naarendorp
Pharmacy Policy Coordinator
Ministry of Health
Paramaribo

**TRINIDAD AND TOBAGO/
TRINIDAD Y TABAGO**

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Senator the Honourable Jerry Narace
Minister of Health
Ministry of Health
Trinidad and Tobago

Delegates – Delegados

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

Ms. Sandra Jones
Acting Permanent Secretary
Ministry of Health
Port-of-Spain

Alternate – Alterno

Mr. Garth A. Lamsee
First Secretary
Embassy of the Republic of
Trinidad and Tobago
Washington, D.C.

UNITED KINGDOM/REINO UNIDO

Chief Delegate – Jefe de Delegación

Professor Sir Liam Donaldson
Chief Medical Officer
Department of Health
London

Delegate – Delegado

dr. Nicholas Banatvala
Head of Global Affairs
Deputy Director International
Department of Health
London

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

Chief Delegate – Jefe de Delegación

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

Delegates – Delegados

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

Mr. John Monahan
Interim Director, Office of Global
Health Affairs
Counselor to the Secretary
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos

Mr. Mark Abdo
Director for Multilateral Affairs
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

dr. Stephen Blount
Director, Coordinating Office on
Global Health
Centers for Disease Control and
Prevention
Atlanta, Georgia

Mr. Edwin Brown
Deputy Director
Office of International Health
and Biodefense
Bureau of Oceans, Environment
and Science
Department of State
Washington, D.C.

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

Ms. Kim D'Aria-Vazira
Population Policy Officer
Bureau of Population, Refugees
and Migration
Department of State
Washington, D.C.

Mr. Robert Downes
Director
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos (cont.)

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

dr. Roger Glass
Director, Fogarty International Center
National Institutes of Health
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. James Kulikowski
Acting Director
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

The Honorable Nicole Lurie, M.D.
Assistant Secretary for Preparedness
and Response
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

dr. Peg Marshall
Senior Advisor for Maternal and
Child Health and Infectious Diseases
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

dr. Jay McAuliffe
Acting Team Leader
Coordinating Office on Global Health
Department of Health and Human
Services
Atlanta, Georgia

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. Kathy Saldana
Senior Technical Advisor for Health
Systems and Public Health
Bureau for Latin America and the
Caribbean
U.S. Agency for International
Development
Washington, D.C.

dr. Paul Seligman
Latin American Director
Office of International programs
U. S. Food and Drug Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

Ms. Mary Wakefield
Administrator
Health Resources and Services
Administration
Department of Health and Human
Services
Washington, D.C.

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

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

Alternates – Alternos (cont.)

Ms. April Springfield
Senior Advisor
Office of Global Health Affairs
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

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

Ms. Vanessa De La Ossa
Advisor
Office of Human Security
Bureau of International Organizations
Affairs
Department of State
Washington, D.C.

dr. James Herrington
Director, Fogarty International Center
Division of International Relations
Department of Health and
Human Services
Washington, D.C.

Mr. Jorge F. Christian
Assistant Director
Office of International Programs
Latin America Office
U.S. Food and Drug Administration
Rockville

URUGUAY

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

MEMBER STATES/ESTADOS MIEMBROS (cont.)

URUGUAY (cont.)

Delegates – Delegados

dra. Beatriz Rivas
Directora de la División de
Cooperación Internacional
Ministerio de Salud Pública
Montevideo

Excelentísima dra. Maria del Lujan Flores
Embajadora, Representante Permanente
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

Alternate – Alterno

sra. Cristina Carrión
Ministra Consejera, Representante Alternata
del Uruguay ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

VENEZUELA

Chief Delegate – Jefe de Delegación

dra. Indira Corado Frontado
Viceministra de Redes de Salud Colectiva
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Caracas

VENEZUELA (cont.)

Delegates – Delegados

Su Excelencia Roy Chaderton Matos
Embajador, Representante Permanente
de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

Alternates – Alternos

sr. David Rojas
Segundo Secretario, Representante
Alternata de la República Bolivariana de
Venezuela ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

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

**ASSOCIATE MEMBERS/
MIEMBROS ASOCIADOS**

PUERTO RICO

dr. Lorenzo González Feliciano
Secretario de Salud
Departamento de Salud
San Juan

PUERTO RICO (cont.)

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

**OBSERVER STATES/
ESTADOS OBSERVADORES**

SPAIN/ESPAÑA

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

sr. José M. de la Torre
Observador Permanente Alternativo de
España ante la Organización de los
Estados Americanos
Washington, D.C.

SPAIN/ESPAÑA (cont.)

dra. Paloma Temiño de Dios
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

dr. Carlos Rico
Misión de España ante la Organización
de los Estados Americanos
Washington, D.C.

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

dr. Marthelise Eersel
Director of Health
Ministry of Health
Paramaribo, Suriname

dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
Ministerio de Salud Pública
Montevideo, Uruguay

**AWARD WINNERS/
GANADORES DE LOS PREMIOS**

**PAHO Award for Administration 2009/
Premio OPS en Administración 2009**

dr. Merceline Dahl-Regis
The Bahamas

**PAHO Champion of Health Recognition/
Reconocimiento al Campeón de la Salud
de la OPS**

Sesame Workshop/Plaza Sésamo
Mr. Lauren Ostrow
Ms. Marie-Cecile Girard
Mr. Daniel Labin
Ms. Ginger Brown
Mr. Javier Williams
dr. Charlotte Cole
Ms. Gema Jara

**Abraham Horwitz Award for Leadership
in Inter-American Health 2009/
Premio Abraham Horwitz al Liderazgo en
la Salud Interamericana 2009**

dr. Eduardo A. Pretell Zárate
Perú

**Clarence H. Moore Award for Voluntary
Service/
Premio Clarence H. Moore al servicio
voluntario**

Ms. Marcela Romero
Redlactrans (Red de America Latina y el
Caribe de Personas Transgénero)
Argentina

**Fred L. Soper Award for Excellence in
Health Literature/
Premio Fred L. Soper a la Excelencia**

dr. Guilherme Luiz Guimaraes Borges
México

**Pedro N. Acha Award for Veterinary
Public Health/
Premio Pedro N. Acha a la Salud Pública
Veterinaria**

dr. Ilane Hernández Morales
México

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

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

sra. Inés Bustillos

**United Nations Development Programme/
Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo**

Mr. Bernardo Kliksberg

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

**Caribbean Community/
Comunidad del Caribe**

dr. Rudolph O. Cummings
dr. Edward Greene
dr. Jerome Walcott

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

Mr. David Hatch
Ms. Priscila Henríquez

**Hipólito Unanue Agreement/
Convenio Hipólito Unanue**

sr. Oscar Feo

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

Ambassador Albert Ramdin

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

Mr. Hector Salazar-Sanchez
Ms. Meri Hellerante

**The Global Fund to Fight AIDS,
Tuberculosis and Malaria/
Fondo Mundial de lucha contra el SIDA,
la Tuberculosis y la Malaria**

dr. Anthony Seddoh
Ms. Anne Bwomezi

**The World Bank/
Banco Mundial**

dr. Amparo Gordillo Tobar
dr. Fernando Lavadenz

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

**American Society for Microbiology/
Sociedad Interamericana de
Microbiología**

Ms. Lily Schuermann

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

Ing. Carlos Alberto Rosito

**Inter-American College of Radiology/
Colégio Interamericano de Radiología**

sr. Rodrigo Restrepo

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

dr. Rubén Abete

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

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

Ms. Marcela Gaitán

**Pan American Federation of Nursing
Professionals/
Federación Panamericana de
Profesionales de Enfermería**

Lic. Neris Gonzáles

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

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

Mr. Michael Splaine

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

Ms. Knakita Keyana Clayton-Johnson
Ms. Christa Preuss
Ms. Jessica Valeria Tang Herrera

**Doctors without Borders/
Médicos sin Fronteras**

Mrs. Gemma Ortiz M. Genovese
Ms. Gabriela Chaves

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

dr. J. Burrow
dr. Eduardo Pretell
Mr. D. P. Haxton

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

Mr. Myrl Weinberg

**International Association for Dental
Research/
Asociación Internacional para la
Investigación Dental**

dr. Christopher Fox

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

Ms. Susan Crowley
Mr. Richard Kjeldgaard
Ms. Cory Jacobs

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

**International Federation of
Pharmaceutical Manufacturers
Associations/
Federación Internacional de la Industria
del Medicamento (cont.)**

Mr. Leo Farber
Ms. Jackie Keith
Ms. Maria Claudia García
Mr. Normand Laberge
Ms. Edyta Malinowski

**International League Against Epilepsy/
Liga Internacional contra la Epilepsia**

dr. Theodore William

**International Pediatric Association
Asociación Pediátrica Internacional**

Prof. Sergio Cabral
Prof. William Keenan

**International Special Dietary Foods
Industries/
Federación Internacional de Industrias de
Alimentos Dietéticos**

Ms. Jackie Keith
Ms. Mardi Mountford
Ms. Andrea Durkin

**World Self-Medication Industry/
Industria Mundial de la Automedicación
Responsable**

Lic. Héctor Bolaños

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES**

Ms. Sara Ferrer Olivella
UN/Spain Millennium Development Goal
Achievement Fund

Mr. Pedro Medrano
Regional Director for America and
the Caribbean World Food Program

dr. Ricardo Uauy
President of the International Union
of Nutritional Sciences

dr. Joy Phumaphi
Vice President, Human Development
Network, World Bank

Ms. Carmen María Gallardo Hernández
Vice President, UN Economic and Social
Council

**SPECIAL GUESTS/
INVITADOS ESPECIALES (cont.)**

Mr. David Oot
Associate Vice President, Department of
Health and Nutrition
International program Leadership Division
Save the Children

dr. Claude de Ville de Goyet
Consultant

Ms. Myriam Urzúa
Economic Commission for Latin America
and the Caribbean

Lic. Laura Gurza
General Coordinator
Civil Protection System
Mexico

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

dr. Margaret Chan
Director-General
Geneva

Ms. Daisy Mafubelu
Advisor to the Director-General/FCH

dr. Manuel Dayrit
Director, HSS/HRH

dr. Timothy Evans
Assistant Director-General/IER/IEA

dr. Lorenzo Savioli
Director HTM/NTD

dr. Jorge Bermudez
Executive Secretary UNITAID

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

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

dr. Mirta Roses Periago

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

dr. Socorro Gross
Assistant Director
Subdirectora

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

Mr. Michael A. Boorstein
Director of Administration
Director de Administración

dr. Juan Manuel Sotelo
Manager/External Relations,
Resource Mobilization and Partnerships
Gerente/ Relaciones Externas,
Movilización de Recursos y Asociaciones

dr. Heidi Jiménez
Legal Counsel, Office of Legal Counsel
Asesora Jurídica, Oficina de la Asesora
Jurídica