



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

120.ª Reunión
Washington, D.C.
Junio de 1997

Tema 3.2 del programa provisional

CE120/7 (Esp.)
29 mayo 1997
ORIGINAL: INGLÉS

**INFORME DEL SUBCOMITÉ ESPECIAL
SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y EL DESARROLLO**

En este documento se presenta el informe final de la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, que tuvo lugar en la sede de la OPS el 1 y 2 de abril de 1997. El informe contiene las deliberaciones del Subcomité acerca de siete temas que se le expusieron: actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo en 1996; equidad para ambos sexos en la reforma sanitaria; adelantos logrados en la iniciativa para abordar la violencia contra las mujeres; puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género; puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia; enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud en Guatemala; y función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.

Se solicita al Comité Ejecutivo que examine dicho informe, prestando especial atención a la propuesta de mandato del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Se solicita al Comité Ejecutivo que considere y apruebe dicho mandato.

La 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 1 y 2 de abril de 1997. La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes Gobiernos elegidos por el Comité Ejecutivo para formar parte del Subcomité: Bahamas, Chile, Costa Rica, Saint Kitts y Nevis, y Estados Unidos de América. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Canadá, Cuba y México. Estuvieron representadas en la reunión una organización intergubernamental —la Organización de los Estados Americanos por intermedio de la Comisión Interamericana de Mujeres— y dos organizaciones no gubernamentales —la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe y el Hospital Universitario y Centro de Investigación sobre la Mujer de Toronto (Canadá), un centro colaborador de la OMS—. El Director de la OSP, Dr. George A. O. Alleyne, representó a la Secretaría durante la reunión.

Los resultados de las deliberaciones se examinan en el informe adjunto. Se presentaron siete temas: informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevadas a cabo en los niveles regional y de país; la equidad entre los sexos en la reforma de la asistencia sanitaria; violencia contra las mujeres y las niñas: el marco conceptual que se está implantando en 10 países; función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género; puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia: presentación de los resultados de la fase de investigación operativa; y enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: la experiencia de Guatemala.

Se dedicó un tiempo considerable a examinar la función del Subcomité, para decidir si se justificaba que siguiera existiendo y, en caso afirmativo, si debía modificarse la manera como funciona. En el documento correspondiente se presentaron cuatro opciones que no eran mutuamente excluyentes, una de las cuales era suprimir el Subcomité. Sin embargo, hubo consenso entre los Estados Miembros en el sentido de que este cuerpo debe seguir existiendo. No obstante, se estuvo de acuerdo en general en que el funcionamiento del Subcomité podría modificarse para convertirlo en un foro más dinámico para el intercambio de ideas. Entre estas modificaciones se propuso que el Subcomité se reúna bienalmente en vez de anualmente, y que sus miembros aumenten de cinco a seis para promover un diálogo más rico por medio de una mayor diversidad de ideas.

El Subcomité presentó sus recomendaciones al Director, quien agradeció a los miembros el haber preparado un conjunto de recomendaciones sólidas en las que se reconocía cuáles actividades podrían ser llevadas a cabo por la Secretaría y cuáles eran de la competencia exclusiva de los países. Estas recomendaciones figuran en el Informe Final que se acompaña (véase el anexo A).

Se solicita al Comité Ejecutivo que examine la propuesta de mandato del Subcomité que se adjunta (anexo B) y, con posterioridad a sus deliberaciones y a cualquier modificación que estime pertinente, las apruebe.

Anexos

CE120/7 (Esp.)

Anexo A



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

**SUBCOMITÉ ESPECIAL SOBRE LA MUJER, LA SALUD Y
EL DESARROLLO**

DEL COMITÉ EJECUTIVO DEL CONSEJO DIRECTIVO

17.ª Reunión, 1 y 2 de abril de 1997

MSD17/FR (Esp.)

2 abril 1997

ORIGINAL: ESPAÑOL

INFORME FINAL

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Apertura de la reunión	3
Elección de la Mesa Directiva	3
Adopción del programa de temas y del programa de sesiones.....	4
Exposición de los temas y debate subsiguiente.....	4
Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevaradas a cabo en los niveles regional y de país	4
La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria	8
Violencia contra las mujeres y las niñas: el marco conceptual que se está implantando en 10 países	11
Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo ...	13
Puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género	17
Puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia y presentación de los resultados de la fase de investigación operativa.....	19
Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: la experiencia de Guatemala	22
Otros asuntos	24
Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana.....	24
Anexo A: Programa de temas	
Anexo B: Lista de documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

INFORME FINAL

La 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo se celebró en la sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., el 1 y 2 de abril de 1997.

La reunión contó con la asistencia de los representantes de los siguientes Gobiernos elegidos por el Comité Ejecutivo para formar parte del Subcomité: Bahamas, Chile, Costa Rica, Saint Kitts y Nevis, y Estados Unidos de América. También estuvieron presentes observadores por Brasil, Canadá, Cuba y México. Estuvieron representadas en la reunión una organización intergubernamental —Organización de los Estados Americanos/Comisión Interamericana de Mujeres— y dos organizaciones no gubernamentales —la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe y el Hospital Universitario y Centro de Investigación sobre la Mujer de Toronto (Canadá), centro colaborador de la OMS).

APERTURA DE LA REUNIÓN

El Dr. George A. O. Alleyne (Director de OSP) inauguró la reunión y dio la bienvenida a los participantes. En su bienvenida hizo mención especial de los observadores y los representantes de las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, señalando que durante mucho tiempo el Subcomité había venido alentando a todos —fuesen o no miembros del Subcomité— a que participaran plenamente en las deliberaciones y aportaran su orientación y experiencia. Para el conocimiento de los representantes que no conocían antes a la Organización, esbozó brevemente la estructura de los Cuerpos Directivos y explicó de qué manera encajaba en esta el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Explicó que el Subcomité es un grupo de trabajo del Comité Ejecutivo y rinde cuentas a este. El Comité Ejecutivo, a su vez, examina y hace recomendaciones en cuanto a los temas que serán considerados por el Consejo Directivo o, cada cuatro años, la Conferencia Sanitaria Panamericana. El Dr. Alleyne señaló que las funciones concretas del Subcomité se explicarían con más detalle al abordar el tema “Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo”.

Elección de la Mesa Directiva

La Mesa Directiva quedó integrada de la siguiente manera:

Presidente:	Saint Kitts y Nevis	Dr. Earl Asim Martin
Vicepresidenta:	Costa Rica	Sra. María Gabriela Castro Páez
Relator:	Chile	Dr. René Castro

El Dr. Alleyne actuó como Secretario ex officio, y la Dra. Pamela Hartigan (Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) actuó como Secretaria técnica.

Adopción del programa de temas y del programa de sesiones (documentos MSD17/1, Rev. 1 y MSD17/WP/1)

El Subcomité aprobó el programa provisional de temas y el programa de sesiones.

EXPOSICIÓN DE LOS TEMAS Y DEBATE SUBSIGUIENTE

Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevadas a cabo en los niveles regional y de país (documentos MSD17/3 y PAHO/HDP-HDW/97-003)

La Dra. Pamela Hartigan (Coordinadora, Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo) examinó la labor del Programa durante 1996. Señaló a la atención del Subcomité, en particular, la evaluación de los programas de país en 1996 (documento PAHO/HDP-HDW/97-003), que esbozaba todo el trabajo hecho a nivel de país. El trabajo del Programa se había guiado por cinco resultados esperados. Algunas actividades destacadas por la Dra. Hartigan en cada área se resumen a continuación.

Resultado esperado 1: Habrá aumentado el número de iniciativas regionales y de país para generar, producir y difundir la investigación e información sobre las diferencias de salud entre los sexos

Los logros incluían una reunión de consulta sobre género y enfermedades transmisibles, con la producción y distribución de un documento de antecedentes; diseño y aplicación de un protocolo para un estudio cualitativo multipaíses sobre la violencia contra las mujeres (este estudio se trató en mayor detalle al abordar el punto 8 del programa de la reunión del Subcomité); movilización del apoyo de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos para una iniciativa de investigación a fin de estudiar las interacciones entre el género, la adolescencia y el consumo de tabaco; y movilización del apoyo de la Organización de los Estados Americanos (OEA) para un estudio enderezado a elaborar perfiles de la situación sanitaria de la mujer a nivel de país. Además, el Programa había seguido mejorando la información sobre género, salud y desarrollo en la base de datos SIMUS (Sistema Regional de Información sobre Mujer, Salud y Desarrollo), que en ese momento contenía más de 3.500 entradas, más de 600 de las cuales se habían agregado en 1996.

Resultado esperado 2: El personal técnico en la Sede y en el campo será cada vez más capaz de diseñar, ejecutar, vigilar y evaluar proyectos y programas desde la perspectiva de género

La Dra. Hartigan no hizo un relato pormenorizado de las actividades del Programa en esta área, pues el tema de la sensibilización y el adiestramiento con relación al concepto de género se abordaba en otro punto del programa. Informó, sin embargo, que las evaluaciones de los talleres de adiestramiento en materia de género realizadas hasta ahora habían sido muy positivas.

Resultado esperado 3: Se emprenderán iniciativas a los niveles regional y local para promover y fortalecer la participación de las mujeres en la protección de su salud y se formularán políticas y programas que sean sensibles a las cuestiones de género

Un objetivo principal del Programa era conseguir la participación de las mujeres en el diseño, la ejecución y evaluación de los proyectos y programas concebidos para beneficiarlas. En consecuencia, el Programa había dedicado considerable esfuerzo y tiempo a movilizar recursos para apoyar iniciativas que permitieran la participación plena de las mujeres a nivel de país, buscando, al mismo tiempo, velar por que la inclusión de las mujeres no significara la utilización de estas como mano de obra barata o gratuita. En el documento MSD17/3 se esbozaron las actividades llevadas a cabo en las diversas subregiones y con diversos grupos de población con dicha finalidad.

Resultado esperado 4: Se habrán trazado e implantado sistemáticamente estrategias para conseguir que continúe la colaboración interinstitucional del WHD con organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, del sistema interamericano, multilaterales y bilaterales y las ONG que trabajan en los niveles mundial, regional y de país

El Programa había llevado a cabo varias actividades en colaboración con la OMS, en particular los programas de salud reproductiva, investigación en enfermedades tropicales, salud y desarrollo, y promoción de la salud. El HDW también había contribuido a conseguir que el Hospital Universitario y Centro de Investigación de las Mujeres, en Toronto (Canadá) fuese designado como el primer centro colaborador de la OMS en salud de la mujer en el continente americano. El Programa estaba colaborando con la OEA en el proyecto ya mencionado para elaborar los perfiles de la situación sanitaria de la mujer, y con el BID en varios proyectos para combatir la violencia contra las mujeres. Se habían llevado a cabo varias actividades con diversas instituciones académicas y ONG, en especial la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe, el Proyecto de Política de Salud y Desarrollo y la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer.

Resultado esperado 5: La gestión de programas y la coordinación interprogramática se habrán fortalecido para aumentar la capacidad de prestar, vigilar y evaluar la cooperación técnica en salud

El Programa había seguido fortaleciendo los vínculos entre el personal regional y los puntos focales en los países, y sus propias relaciones con otros programas técnicos en la Sede. Se había celebrado la tercera reunión anual de los puntos focales del HDW en los países. A nivel regional, el Programa estaba colaborando con todas las divisiones de la Organización. La Dra. Hartigan citó, en particular, la iniciativa conjunta entre el HDW y el Programa de Modos de Vida Sanos y Salud Mental (HPP) para organizar un acto conmemorativo para el Día Mundial de la Salud Mental, en septiembre de 1996.

El Programa había logrado la gran mayoría de los objetivos fijados para 1996. Su incapacidad de lograr plenamente algunos objetivos se había relacionado con la escasez de recursos financieros y humanos, especialmente estos últimos. Los logros principales del Programa en 1996 habían sido la movilización de financiamiento extrapresupuestario para una variedad de proyectos, la cooperación técnica directa y difusión de información. La Dra. Hartigan recalcó que el objetivo principal del Programa era promover la incorporación de la perspectiva de género en los programas y proyectos de salud y desarrollo humano, lo cual significaba considerar el desarrollo a través de una "lente de género" para comprender de qué manera la salud y el desarrollo de los hombres y las mujeres en los países estaba influido de distinta manera por el concepto de género. Concluyó que agradecía a sus colegas y, especialmente, al Director de la OSP, sin cuyo apoyo los logros del Programa no habrían sido posibles.

El Subcomité elogió a los funcionarios del Programa por la realización de una considerable cantidad de trabajo en 1996, a pesar de las graves limitaciones de recursos humanos. Los logros del Programa en movilizar recursos y el trabajo con ONG y otras organizaciones se consideraron particularmente laudables. Se hicieron varias preguntas acerca de cómo se habían recibido en los países las actividades del Programa; acerca de los criterios por los cuales el Programa seleccionaba las actividades que emprendía, dada la gama tan amplia de temas relacionados con las mujeres y su salud; y acerca del grado en que la disponibilidad de fondos de los donantes influía en esa selección.

Un representante de la subregión del Caribe de habla inglesa señaló que las actividades del Programa se habían centrado principalmente en América Latina, e instó a que pusiera más empeño en ayudar a los países del Caribe a que aborden los temas en relación con género, salud y desarrollo, que les interesaban de manera particular. En concreto, en el área de adiestramiento en materia de género, sugirió que el Programa adiestrase a un grupo de instructores en el Caribe que luego podrían adaptar el mensaje a las características socioculturales de cada país. Otro representante observó que el foco de interés del programa parecía haber cambiado de las necesidades en asuntos de salud de la

mujer al concepto de género, y preguntó de qué manera la perspectiva de género podría conciliarse con la "perspectiva de las mujeres", que pretendía rectificar las desventajas que las mujeres afrontaban en la sociedad.

La Dra. Hartigan recalcó que el Programa nunca abandonaría la "perspectiva de las mujeres" y seguiría centrándose en los temas de salud de la mujer. Sin embargo, mediante la incorporación de la perspectiva de género, el Programa estaba procurando identificar los factores y las relaciones de poder que conducían a inequidades sociales y de salud entre hombres y mujeres sencillamente por razón del sexo. En consecuencia, la perspectiva de género no representaba un cambio sino una ampliación del foco de interés. Con respecto a los criterios para la selección de las actividades, dijo que cada año el Programa, en consulta con los puntos focales en los países, evaluaba las necesidades de los países y trataba de determinar cuáles podría abordar más eficazmente. Dado que el Programa dependía en gran parte de los recursos extrapresupuestarios, la disponibilidad de recursos para ciertas actividades influía en la selección, pero de ninguna manera era el único criterio. El Programa también se regía por el criterio del panamericanismo; es decir, seleccionaba actividades, como las de violencia contra las mujeres, en las que un punto de vista y un criterio regional pudiesen ayudar a cada país a abordar temas que tenían que ver con la salud de la mujer.

En respuesta al representante del Caribe de habla inglesa, la funcionaria señaló que el adiestramiento en materia de género había empezado en el Caribe y que el manual de adiestramiento que estaba usando el Programa se había probado inicialmente en esa subregión. Reconoció que el Programa no se mostraba tan activamente interesado en otras esferas en los países del Caribe de habla inglesa, en gran parte porque no había ningún punto focal del WHD, debido a las limitaciones de recursos humanos en las representaciones de la OPS/OMS en dichos países. Exhortó a los países del Caribe a que colaboraran con el Programa para determinar cuál sería la mejor forma de ayudarles a abordar sus necesidades.

El Director agregó que, desde un principio, el Programa se había ocupado en gran parte en los factores biológicos determinantes de la salud de la mujer, pero su marco conceptual se había ampliado para tener en cuenta los factores relacionados con el concepto de género que tenían una repercusión negativa sobre la salud y el desarrollo humano de la mujer. El Programa se proponía crear instrumentos para ayudar a los países a abordar esto último, ya que el sector de la salud había creado instrumentos bastante buenos para abordar los temas de salud de la mujer que derivaban de los factores biológicos, pero tenía medios muy deficientes para abordar los que derivaban del concepto de género. Con respecto a los criterios que guiaban la selección de las actividades del Programa, recalcó que las prioridades de la Organización las fijaban los Cuerpos Directivos y se expresaban en las orientaciones estratégicas y programáticas. Las actividades se seleccionaban sobre la base de dichas prioridades y no de los intereses de los donantes externos.

La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria (documento MSD17/6)

La Dra. Elsa Gómez (Asesora, HDW) describió una propuesta formulada por el HDW para la formación de una red regional de discusión electrónica sobre el tema de la equidad para ambos sexos en lo referente a las políticas sanitarias y de seguridad social. La propuesta se hizo en respuesta a una recomendación de la 16.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo, por la que se había alentado al Programa a crear mecanismos para promover el intercambio de experiencias a los niveles nacional e internacional con respecto a la repercusión de la reforma del sector de la salud en las inequidades por razón de sexo y a buscar incorporar una perspectiva de género en el análisis y el debate de la reforma sanitaria. Las cuestiones principales planteadas por la Dra. Gómez en su ponencia se resumen a continuación:

- Las mujeres habían resultado desproporcionadamente afectadas por las reducciones de los servicios y recursos de salud que se produjeron como consecuencia del ajuste estructural macroeconómico durante los años ochenta. Esto se debió, entre otras cosas, a que las mujeres también estaban desproporcionadamente representadas entre los pobres, quienes habían acusado más gravemente el efecto de dichas medidas; las mujeres tenían una necesidad relativamente mayor de atención porque presentaban más morbilidad a lo largo de su vida y debido a sus mayores necesidades de salud reproductiva; y las mujeres, en su función social como cuidadoras de sus familias y comunidades, se habían visto obligadas a asumir la responsabilidad de proporcionar la atención que anteriormente ofrecían los servicios públicos.
- El acceso de las mujeres a las prestaciones sanitarias proporcionadas por la seguridad social y los sistemas de seguro privados era limitado, ya sea porque no tenían empleo remunerado o tenían trabajos mal pagados o de tiempo parcial, con prestaciones escasas o ninguna prestación. Además, la participación de las mujeres en el mercado de trabajo tendía a ser una prolongación de su trabajo doméstico y reproductivo (es decir, atender a otros), lo cual conducía a infravalorar sus actividades tanto en relación con la paga como del prestigio social. Así pues, los sesgos por razón de sexo que las mujeres afrontaban en el ámbito de la asistencia sanitaria venía a ser un reflejo de esos mismos sesgos inherentes a los sistemas económicos en los que solo se remuneraba el trabajo “productivo”, mientras que en gran medida quedaba sin remunerar el trabajo “reproductivo”, que incluye todas las actividades necesarias para reproducir y mantener la fuerza de trabajo.
- En las iniciativas de reforma sanitaria que estaban en marcha en muchos países, no siempre se analizaba críticamente la repercusión que las estrategias propuestas podían tener en ciertos grupos sociales. Algunas estrategias, en particular las que

pretendían reducir los costos y mejorar la eficiencia, pueden llevar implícito un sesgo por razón de sexo.

- La red propuesta procuraría detectar tales sesgos por razón de sexo en las políticas existentes y en las propuestas para la reforma del sector de la salud; identificar la magnitud, las tendencias, los factores determinantes y las consecuencias de las inequidades por razón de sexo; sistematizar y comunicar eficazmente la información pertinente para la formulación de políticas; y crear los mecanismos y métodos para vigilar la repercusión de la sanitaria en la equidad para ambos sexos.
- El concepto de la equidad en el contexto de la reforma de la asistencia sanitaria no significaba una distribución igualitaria de los servicios y los recursos, sino responder a las distintas necesidades de grupos de población diferentes, de tal manera que los grupos que tenían mayores necesidades recibían una proporción mayor de los servicios y recursos.

En el debate del Subcomité en torno a este tema, se señaló que en muchos países no había un reconocimiento del valor social de la reproducción y, como consecuencia, en realidad se sancionaba a las mujeres de edad fecunda —mediante primas de seguro y gastos personales en atención de salud más elevados— por su potencial reproductivo. También se indicó que la incorporación de la perspectiva de género en las políticas públicas requeriría la colaboración de otros sectores ajenos al de la salud. Además, se subrayó la necesidad de analizar los factores determinantes sociales y económicos de la salud de la mujer.

Con respecto a la red propuesta de debate electrónico, se señaló que algunos países tenían bases de datos y centros de distribución de información sobre salud de la mujer, que podrían utilizarse para desarrollar la red. También se recaló que el mantenimiento de la red, después de echada a andar, era un aspecto crucial. Se hicieron preguntas en lo referente a la naturaleza de la red y a si funcionaría como una base de datos o como un instrumento para el debate y el intercambio. Un representante quiso saber quiénes serían los interlocutores de la red en los países, y propuso que en cada país se designase una entidad para refundir toda la información obtenida a nivel nacional antes de difundirla por la red. Otro recaló la necesidad de agregar al sistema mecanismos para permitir la retroinformación del nivel local. Varios representantes observaron que el acceso a los medios de comunicación electrónicos no era fácil en muchas zonas, y subrayaron la necesidad de encontrar medios alternativos de comunicarse con comunidades y grupos en dichas zonas. Se sugirió la posibilidad de obtener donaciones de equipo usado de computación de las empresas y otras fuentes. Finalmente, se señaló que la red podría ser un instrumento útil para acrecentar la conciencia pública con respecto a los compromisos contraídos por los gobiernos en las cumbres internacionales sobre el tema de las mujeres, como las celebradas en El Cairo y Beijing, y como un medio de empoderar a las mujeres para que estas insistan en que se respeten esos compromisos.

La Dra. Gómez estuvo de acuerdo en que el no reconocer el valor social de la reproducción era la causa fundamental de gran parte de la discriminación por razón de sexo que existía en los sistemas de salud y los sistemas de seguro, en los cuales la mayoría de los costos de la reproducción eran sufragados individualmente por las mujeres en lugar de serlo colectivamente por la sociedad. Recalcó que el Programa era muy consciente de que se requeriría un esfuerzo intersectorial para formular políticas públicas que incorporaran la perspectiva de género, y señaló que, por consiguiente, los interlocutores de la red tendrían que provenir de diferentes sectores, incluidos no solo los puntos focales del WHD en los países y contactos de otros sectores gubernamentales, sino también las ONG y las instituciones académicas.

El Programa también conocía la necesidad de mantener la red y la inversión de tiempo y dinero que implicaría esta tarea. En respuesta a las preguntas en cuanto a la naturaleza de la red, dijo que se había concebido como un foro amplio para el debate que se valía de la Internet. Quienquiera que tuviese acceso al correo electrónico podría participar en los intercambios de experiencias y las discusiones sobre el tema de la equidad para ambos sexos en la reforma del sector de la salud. Con el tiempo, sería aconsejable reunir a la gente para examinar el asunto en persona, pero buena parte del debate preliminar que desembocaría en esa reunión podría hacerse por intermedio de la red, cosa que disminuiría los costos y permitiría una participación más amplia. La falta de equipo y el acceso a la tecnología de comunicaciones electrónicas en algunos países era en efecto un problema, que el Programa intentaría resolver mediante la obtención de financiamiento o donaciones en especie externas. Inicialmente, sin embargo, sería posible que la red empezara a funcionar con el equipo disponible en cada una de las representaciones de la OPS/OMS, lo cual permitiría a todos los países participar hasta cierto punto.

En respuesta a los comentarios sobre los factores sociales y económicos determinantes de la salud, la Dra. Hartigan observó que el análisis de los vínculos entre las condiciones de vida y la situación sanitaria era tema de interés principal del Programa y de toda la División de Salud y Desarrollo Humano.

El Director dijo que, en último término, la finalidad de la red sería explorar posibles formas de lograr la equidad en los sistemas de atención de salud. La equidad era en esencia una cuestión de justicia, lo cual significaba que quienes necesitaban más atención —las mujeres, en este caso— debían recibirla. Las conversaciones acerca de la red tendrían por finalidad determinar si la reforma del sector de la salud, tal y como está proponiéndose en los países, perpetuaría o mejoraría la discriminación por razón de sexo que es inherente a los sistemas actuales de asistencia sanitaria. No obstante, para evaluar si las medidas de reforma sanitaria propuestas promoverían mayor equidad para ambos sexos, era necesario recopilar primero información suficiente para averiguar dónde residían las inequidades en el sistema actual.

El Dr. Alleyne también señaló que era de esperarse que algunas propuestas de reforma asistencial redujeran la carga que sobrellevan las mujeres. En la actualidad, aproximadamente 75% a 90% de la atención se facilita en el hogar, principalmente por las mujeres; en la medida en que algunas propuestas de reforma desplazarían a la esfera profesional una parte de la responsabilidad de la atención que actualmente se presta en el hogar, podría aligerarse la carga que sobrellevan las mujeres. Otro tema distinto de la distribución de la atención, sin embargo, era el valor asignado a la misma. En general, la atención proporcionada por las mujeres se valoraba menos que la proporcionada por los profesionales de la salud, cosa que, en su opinión, era uno de los aspectos más perniciosos de la discriminación por razón de sexo.

Finalmente, el Director expresó la esperanza de que la red prestaría especial atención a la manera como la equidad para ambos sexos se vería influida por la reforma de la asistencia sanitaria, y observó que uno de los riesgos de una red electrónica de este tipo era que la información que ingresaba en el sistema quizás no fuese del todo pertinente al tema examinado o que el volumen de información fuese tan grande que resultase imposible sacar conclusiones claras de ella.

Violencia contra las mujeres y las niñas: el marco conceptual que se está implantando en 10 países (documento MSD17/7)

La Dra. Hartigan presentó este tema. En lugar de resumir el documento, que informaba acerca de las actividades del HDW en el contexto de una iniciativa para abordar el problema de la violencia en el hogar contra las mujeres y las niñas, optó por leer extractos de un artículo que había escrito, que describía algunas experiencias que ella y otros miembros del personal del Programa habían tenido en el curso de la iniciativa. El artículo, titulado "He Loves Me, He Loves Me Not: Insisting that the Private Become Public in Dealing with Domestic Violence" [Me quiere, no me quiere: insistamos en que lo privado se haga público al afrontar el problema de la violencia en el hogar] iba a salir en *Ms.*, revista publicada en los Estados Unidos que trata de asuntos de mujeres. Los aspectos notables de la presentación de la Dra. Hartigan se resumen a continuación:

- Aunque no pudieron obtenerse fácilmente datos fiables sobre la prevalencia de la violencia en el hogar en América Latina y el Caribe, nueve estudios cuantitativos basados en la población válidos en esas subregiones indicaron que aproximadamente 20%-60% de las mujeres fueron víctimas de actos de violencia perpetrados por sus compañeros o excompañeros. Un promedio de 50%-60% de las mujeres que fueron objeto de violencia física por parte de sus compañeros también fueron maltratadas sexualmente por ellos. Sin embargo, se desconocía la verdadera magnitud del problema porque no se notificó un gran número de casos de violencia en el hogar.

- La meta de la iniciativa del HDW era idear respuestas coordinadas comunitarias a la violencia en el hogar en las que todas las organizaciones locales sumaran sus esfuerzos para establecer y poner en marcha una red comunitaria que abordara el problema complejo de la violencia por razón de sexo dentro de la familia. Se realizarían evaluaciones de diagnóstico entre las mujeres que pidieran ayuda a la red para determinar qué vía elegían las mujeres víctimas cuando decidían buscar ayuda, a cuáles personas o instituciones acudían y la respuesta que recibían. Esta información ayudaría a determinar en qué áreas era necesario fortalecer la respuesta institucional.
- En la cultura intensamente patriarcal de casi todos los países latinoamericanos, la violencia contra las mujeres tiende a ser socialmente aceptable. Esta actitud se refleja en el sistema de salud, y como consecuencia de ello es frecuente que no se conceda a la violencia la atención que merece como un grave problema de salud pública.
- A pesar de todo, gracias a los esfuerzos de los grupos de mujeres en América Latina y el Caribe, la violencia en el hogar como cuestión de salud pública estaba recibiendo mayor atención. Los funcionarios públicos y los líderes de la comunidad eran cada vez más conscientes de que la violencia en el hogar era un problema que tenía graves consecuencias para el desarrollo humano. Sin embargo, en muchas comunidades y entre muchas mujeres, seguía siendo un tema tabú. La iniciativa había ilustrado la necesidad de llevar este problema privado al escenario público para cambiar las actitudes que toleraban la violencia contra las mujeres y las niñas.

El Subcomité elogió a la Dra. Hartigan por su artículo, que ilustraba claramente el problema de la violencia en el hogar e indicaba también cómo las actividades del Programa estaban influyendo directamente en las vidas de las mujeres en la Región. Se había señalado que la violencia contra las mujeres era un problema con raíces culturales muy profundas y que producir un cambio en las actitudes que consideraban socialmente aceptable la violencia tomaría mucho tiempo. Varios representantes describieron los esfuerzos que se estaban realizando en sus países para abordar el problema de la violencia. Entre ellos figuraba el establecimiento de servicios de consulta telefónica y albergues para las mujeres maltratadas, centros de información sobre la violencia en el hogar, reformas legales y estrategias multisectoriales para la acción comunitaria coordinada. Otra estrategia mencionada fue tratar de detectar casos de maltrato físico o abuso de las mujeres en otros entornos de atención sanitaria, como los centros de tratamiento de drogadicción y alcoholismo.

Se señaló que se requería adiestramiento especial para sensibilizar a los proveedores de servicios sanitarios en cuanto al problema y capacitarlos para que lo reconocieran y lo diagnosticaran. También debía proporcionarse adiestramiento especial al personal en los sectores legal, judicial y de aplicación de la ley que tuvieran probabilidades de establecer

contacto con mujeres y niñas que habían sido víctimas de la violencia. Se señalaron las posibles ventajas —en función de los costos y de la mayor disponibilidad de recursos humanos— de adiestrar al personal de salud o al personal auxiliar paraprofesional para que trabajara con las víctimas de la violencia. Un representante citó un estudio que había demostrado que la mayoría de los médicos no percibían la violencia como un problema de salud sino como un problema social y sugerían que el personal auxiliar podía estar en mejores condiciones de tratar a las mujeres víctimas de la violencia porque podían comprenderlas mejor.

La Dra. Hartigan observó que uno de los aspectos más desalentadores del problema de la violencia era que el cambio parecía ocurrir tan lentamente. Aun en países como los Estados Unidos y Canadá, donde los organismos públicos y privados habían estado luchando durante decenios para que se conociera más el problema y hubiese menos aceptación cultural de la violencia contra las mujeres, el problema seguía siendo alarmantemente prevalente. Sin embargo, la existencia de casos venturosos a nivel local era prueba de que la violencia contra las mujeres podía detenerse. Por consiguiente, la iniciativa del HDW se centraba en el plano local para promover un cambio gradual en las actitudes. La meta era bajar el umbral de tolerancia social respecto a la violencia hasta que esta llegara a ser totalmente inadmisible.

El Director declaró que había llegado a la conclusión de que no se obtendría ningún logro en cuanto a vencer el problema si se seguía considerando como una cuestión de mujeres solamente. En realidad, era una manifestación de las relaciones de poder que existían en la sociedad y no era posible cambiar dichas relaciones al tratar sólo un lado de la ecuación. Había que entender que la violencia contra las mujeres degradaba a toda sociedad. En calidad de organismo sanitario, una de las cosas que podría hacer la OPS era tratar de determinar la epidemiología del problema y determinar los puntos apropiados de intervención. Otra cosa que podía hacer la Organización era trabajar localmente, como la Dra. Hartigan había dicho, y convencer a las personas de que la tolerancia de tales comportamientos aberrantes perjudicaba la salud comunitaria en general.

Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo (documento MSD17/9)

La Dra. Hartigan dijo que, para poder dedicar el mayor tiempo posible al debate, se abstendría de resumir el documento, el cual describía la historia del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo y explicó por qué la Secretaría creía que había llegado el momento de examinar la índole y las funciones del Subcomité y considerar si la continuación de su existencia se justificaba y, de ser así, si debía modificarse la manera en que funcionaba. Recalcó que la propuesta de la Secretaría de reexaminar las finalidades del Subcomité se había hecho en un espíritu constructivo que procuraba encontrar las formas más eficaces de afrontar el reto intimidante de aumentar la equidad entre los sexos en

materia de salud. Se pidió al Subcomité que examinara los temas planteados en el documento e hiciera una recomendación al Comité Ejecutivo sobre lo que debía ser la futura función del Subcomité, si iba a tenerla. El documento presentaba cuatro opciones posibles, que no eran mutuamente excluyentes.

El Director señaló que, puesto que el Subcomité se había establecido en 1980 para que examinara el Plan Mundial de Acción sobre las Mujeres, sus atribuciones habían sido sumamente imprecisas. Considerando los cambios que habían ocurrido desde entonces en el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo y en la Organización en su totalidad, se había decidido que las atribuciones del Subcomité debían revisarse y delimitarse más claramente. En consecuencia, en su 16.ª reunión el Subcomité había formulado las atribuciones (“términos de referencia”), y las había presentado al Comité Ejecutivo para que las examinara y las aprobara en su reunión de junio de 1996. En ese entonces, el Director preguntó si todavía era necesario tener un subcomité especial de los Cuerpos Directivos para examinar las actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo. Había planteado esa pregunta por varias razones, a saber:

- El HDW se había convertido en un programa regular de cooperación técnica dentro de la División de Salud y Desarrollo Humano, lo cual era señal de que la salud de la mujer ahora se veía como una cuestión de desarrollo que concernía a todos, hombres y mujeres por igual. Siendo ese el caso, ¿era necesario tener un subcomité especial para que examinara las actividades del Programa anualmente?
- Existían otros mecanismos para examinar periódicamente las actividades de los programas de cooperación técnica de la Organización. El Subcomité de Planificación y Programación y el Comité Ejecutivo examinaban habitualmente los informes de los otros programas de cooperación técnica, como lo hacía el Consejo Directivo, aunque con menos frecuencia. Además, el Grupo Interprogramático de Trabajo sobre Mujer, Género y Salud se había establecido recientemente en la Secretaría para que examinara la labor del Programa y formulara recomendaciones al Director en cuanto a las maneras en que una perspectiva de género podía incorporarse más eficazmente en la labor de los diversos programas de cooperación técnica.
- En años anteriores, una de las áreas principales de interés para el Subcomité había sido la situación de la mujer en la OPS. Sin embargo, se habían logrado adelantos substanciales en la contratación de mujeres para los puestos profesionales, y era irreversible la tendencia hacia una mayor participación de las mujeres a todos los niveles de la Organización. Por ende, ya no parecía necesario tener un cuerpo supervisor para que vigilara los esfuerzos de la Organización en este campo. Además, existía un mecanismo asesor interno —el Comité Asesor del Director sobre

la Mujer— para la finalidad especial de ampliar la función de las mujeres y promover la equidad entre los sexos en la OPS.

El Dr. Alleyne reconoció que tal vez se necesitaba información técnica en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo; sin embargo, creía que un subcomité especial de los Cuerpos Directivos no sería el mejor medio para aportar dicha información técnica. Más bien, era preferible convocar periódicamente a grupos de expertos para que examinaran temas concretos e hicieran recomendaciones.

Concluyó recalcando que la sugerencia de que el Comité Ejecutivo considerara la posibilidad de eliminar el Subcomité no la había hecho a la ligera o sin haberla considerado debidamente. Sencillamente, estaba buscando maneras de ayudar a la Organización a funcionar más eficazmente.

Los participantes elogiaron unánimemente al Director y a su administración por estar dispuestos a adaptarse a los cambios de las circunstancias y por su deseo de hacer a la Organización más eficaz, particularmente ahora que los recursos eran limitados. Sin embargo, existía un consenso claro de que el Subcomité debía seguir existiendo. Se reconoció que la Secretaría había establecido los mecanismos adecuados para supervisar la labor del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, pero la vigilancia del Programa no se consideraba la función primaria del Subcomité. Muchos de los representantes señalaron que, además de su función de asesoramiento técnico, el Subcomité desempeñaba una función política importante, porque ayudaba a mantener la visibilidad de las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer y la equidad entre los sexos a nivel nacional y el compromiso con esas cuestiones. Esto se consideraba especialmente importante en vista de los cambios frecuentes de liderazgo político en muchos países.

Varios representantes recalcaron la índole catalítica de la labor del Subcomité, y observaron que los miembros seguían promoviendo la toma de conciencia y la atención en cuanto a las cuestiones de género cuando regresaban a sus subregiones y países respectivos. Se tenía la impresión de que la participación de los países en el Subcomité propiciaba un mayor apoyo político de las autoridades nacionales para las actividades vinculadas con el Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo. También se señaló que la OPS gozaba de mucho respeto y confianza entre los países, a los cuales les servía de guía de liderazgo en este campo, y que la eliminación del Subcomité podía dar la impresión errónea de que la Organización ya no daba prioridad a la salud de la mujer y la equidad entre los sexos.

Varios representantes comentaron que, a pesar de que se había progresado considerablemente hacia el logro de la equidad para las mujeres y la satisfacción de sus necesidades en cuestiones concretas de salud, todavía quedaba mucho por hacer. Consideraban esencial que el Subcomité siguiera existiendo para mantener los logros obtenidos hasta ahora y seguir avanzando hacia la equidad entre los sexos. El Subcomité

también proporcionaba un punto de reunión para que los países intercambiaran opiniones y compartieran información y experiencias. Este tipo de contacto personal se consideraba imprescindible, y por ese motivo la mayoría de los representantes rechazaron la idea de reemplazar las reuniones del Subcomité con debates electrónicos, como se proponía en la opción 2 del documento MSD17/9.

Pese a todo, hubo acuerdo general en el sentido de que se podría modificar la manera en que el Subcomité funcionaba para que fuese un foro de intercambio más dinámico. La mayoría de los representantes consideraron que el Subcomité podría funcionar más eficazmente adoptando una combinación de elementos de las opciones 2, 3 y 4, descritas en el documento. De este modo, los países y los otros programas técnicos de la OPS desempeñarían una mayor función en la selección y preparación de documentos sobre temas relacionados con la mujer, género, salud y desarrollo, que el Subcomité examinaría. Varios representantes también señalaron que los costos podrían reducirse si las reuniones del Subcomité se celebraban cada dos años en vez de anualmente. Entre una reunión y otra, los países y el Programa podrían mantener un diálogo electrónico por Internet sobre los temas de interés, aunque, de nuevo, se señaló que el acceso a las comunicaciones electrónicas no era igual en todos los países.

El Director agradeció a los representantes sus comentarios constructivos relativos a la función futura del Subcomité. Reconoció que, según el consenso, el Subcomité debía continuar su labor y aseguró a los representantes que sus criterios se transmitirían fielmente al Comité Ejecutivo. Recalcó, sin embargo, que la continuación del Subcomité no debía considerarse una victoria para la mujer, puesto que ese no era el espíritu en que funcionaba la Organización en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo. Más bien, la OPS estaba comprometida a lograr la equidad entre los sexos porque era importante para la salud y el desarrollo humanos.

En vista del consenso, el Director invitó al Subcomité a que reconsiderara el borrador de las atribuciones elaborado en su 16.ª reunión (documento MSD17/9, anexo A) y determinara si debían modificarse de alguna manera antes de presentarlas al Comité Ejecutivo para su aprobación. Señaló que no era necesario incluir en las atribuciones los cambios en cuanto a la forma de trabajar del Subcomité, por ejemplo, la incorporación de algunos elementos de las opciones 2, 3 y 4, como lo sugirió el Subcomité.

Después de los debates, el Subcomité decidió recomendar que el Comité Ejecutivo adoptara las atribuciones revisadas. Los principales cambios que introdujo el Subcomité se resumen a continuación:

- La función 2.1.1, que había sido asesorar al Comité Ejecutivo en lo referente al Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo, se amplió para que incluyera los programas de cooperación técnica de toda la Organización. El borrador revisado

dice: "Asesorar al Comité Ejecutivo en materia de... liderazgo y cooperación técnica de la OPS en la salud de las mujeres".

- Se propuso que el número de miembros del Subcomité aumentara de 5 a 6 para promover un diálogo más rico mediante una mayor diversidad de ideas, y la sección 3.1 se modificó en consecuencia.
- Se propuso que el Subcomité se reuniera cada dos años en lugar de cada año, y la sección 4 se modificó en consecuencia. Si el Comité Ejecutivo acepta esta propuesta, el Subcomité también habría de presentar informes al Comité cada dos años, en vez de cada año.

Se debatió mucho la traducción al español de la palabra "empowerment," que aparece en la sección 2.1.4. Finalmente, se decidió que la palabra *empoderamiento* debe adoptarse porque, aunque es un neologismo, se usa ampliamente y se comprende entre los que trabajan con cuestiones relativas a las mujeres y el género en América Latina.

Puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género (documentos MSD17/4 y OPS/HDW/97-002)

La Dra. Hartigan puso al corriente al Subcomité sobre los talleres de adiestramiento en materia de género que se habían realizado en diversos países de la Región durante 1996. Informó que el Programa había dirigido 20 talleres que habían dado resultados muy positivos, según se observó en las evaluaciones de los participantes resumidas en el documento PAHO/HDW/97-002. Uno de los principales objetivos de los talleres, además de ayudar a los participantes a comprender cómo las diferencias de género influían en la salud, consistió en dar al personal de la OPS una idea de cómo la incorporación de una perspectiva de género podría mejorar la cooperación técnica de la Organización y contribuir al logro de la equidad en materia de salud y desarrollo humano. Por consiguiente, el manual del facilitador —del cual se distribuyeron ejemplares al Subcomité— incluía algunos ejercicios, concebidos para que los participantes obtuvieran experiencia práctica en la aplicación de una perspectiva de género en su trabajo.

Aunque los encargados del Programa estaban complacidos por lo que se había realizado hasta el momento en cuanto a proporcionar adiestramiento en materia de género a los miembros del personal de la OPS, reconocieron que había varios retos significativos que enfrentar en el futuro. Uno de ellos era la necesidad de adaptar el adiestramiento en materia de género a las necesidades de áreas particulares del Programa y a las características sociales y culturales de diferentes países o subregiones. Otro era adaptar el adiestramiento a las necesidades de los miembros del personal de la OPS en la Sede. Los talleres de adiestramiento actuales se orientan hacia las necesidades prácticas del personal en los países, pero el personal en la Sede tiende a preocuparse más por las cuestiones teóricas y de

política, de manera que se necesitaba un enfoque diferente para que pudieran aplicar la perspectiva de género en su trabajo. El Programa también necesitaba adiestrar a más facilitadores para satisfacer la creciente necesidad de adiestramiento en materia de género en los países. Con ese fin, se celebraría en agosto de 1997 un taller de "adiestramiento de instructores" para los puntos focales de WHD.

La Dra. Hartigan concluyó reconociendo la contribución de la Comisión Interamericana de Mujeres (OEA), que había proporcionado apoyo a la publicación del manual del facilitador.

El Subcomité alentó al Programa a que continuara y acelerara sus actividades de adiestramiento en materia de género, así como sus esfuerzos para diseñar los instrumentos que facilitarían el análisis de género, lo cual se consideraba esencial para la elaboración de políticas y programas que respondieran a las diferentes necesidades de los hombres y las mujeres. Se señaló que la incorporación de la perspectiva de género implicaba el reconocimiento de la dimensión social del proceso de salud/enfermedad, el cual, a su vez, implicaba un cambio profundo en la manera en que muchos profesionales de la salud estaban acostumbrados a pensar. Se plantearon varias preguntas acerca de cómo puede adaptarse el adiestramiento para uso en los sistemas de atención sanitaria, a fin de que los proveedores de atención de salud pudieran aplicar una estrategia de género en su interacción con los pacientes y ayudar a estos a comprender cómo las diferencias de género influían en su salud y cómo los prejuicios por razón de sexo que existían en el sistema de atención sanitaria influían en la manera en que interactuaban con los proveedores y en la atención que recibían. Se plantearon otras preguntas acerca del contenido del taller de adiestramiento para los puntos focales de WHD y la manera en que el Programa estaba abordando el reto de adaptar el adiestramiento en materia de género a las necesidades de las áreas especiales del programa.

La Dra. Hartigan dijo que, como un primer paso hacia la adaptación del adiestramiento a áreas especiales de cooperación técnica, el Programa estaba compilando un documento conceptual sobre la relación entre el ambiente, el género y la salud, con miras a ayudar al personal de la División de Salud y Ambiente a aplicar la perspectiva de género a su trabajo. Una labor análoga se había emprendido en el campo de las enfermedades transmisibles. Respecto a la aplicación del adiestramiento en materia de género a los sistemas de atención sanitaria, señaló que recientemente el Programa había adaptado y empezado a someter a prueba en la Región un taller titulado "Trabajadores de salud en pro del cambio," que había sido elaborado por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales de la OMS. La meta del taller era sensibilizar a los trabajadores de atención sanitaria sobre las necesidades especiales en materia de género. El documento MSD17/5 presentaba más información acerca de esta iniciativa. En cuanto al taller de adiestramiento para los puntos focales de WHD, la funcionaria explicó que la finalidad sería examinar las técnicas y los métodos de facilitación con los puntos focales y

explorar con ellos cómo, en calidad de facilitadores, podrían utilizar el manual de adiestramiento más eficazmente.

El Director mencionó que, con el fortalecimiento de la capacidad de los puntos focales para facilitar capacitación en materia de género, lo que la Organización se proponía era crear “olas” o generar un efecto multiplicador en el plano nacional, de tal manera que el enfoque de género acabara por incorporarse en todas las actividades del sector sanitario de los países. Recalcó que el manual del facilitador constituía una base sólida para el adiestramiento en materia de género, aunque, obviamente, se adaptaría y se puliría con el tiempo, al incorporar la experiencia obtenida en los talleres. También señaló que una de las razones principales por las que los talleres de adiestramiento en materia de género en los países habían tenido tanto éxito era que el Programa había podido convencer a los participantes de que el enfoque de género era útil en su trabajo, lo cual era esencial, ya que no era probable que las personas aceptaran nuevos enfoques si no veían cuál era su aplicación práctica. Finalmente, reiteró el compromiso de la Organización respecto a la sensibilización en materia de género por parte del personal en todos los niveles y a la incorporación de la perspectiva de género en todos los aspectos de la cooperación técnica de la OPS.

Puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia y presentación de los resultados de la fase de investigación operativa (documento MSD17/5)

La Sra. Patricia Pittman (consultora en cuestiones de mujer, salud y desarrollo) informó sobre un estudio que se estaba realizando en Argentina y Perú, y que se había presentado anteriormente al Subcomité en su 16.ª reunión. La meta del estudio era determinar las necesidades especiales por razón de sexo, de las usuarias y los usuarios de los servicios de salud en el proceso de salud/enfermedad/atención y determinar cómo eran abordadas estas necesidades por los trabajadores de atención sanitaria en los entornos de atención primaria de salud. El estudio se había centrado en los pacientes que sufrían dos enfermedades crónicas: hipertensión y diabetes de tipo II. La investigación había examinado diferencias por razón de sexo en cuatro esferas principales: 1) la capacidad de autocuidado, que incluía las ideas que hombres y mujeres tenían de los factores determinantes de su enfermedad y las motivaciones que los impulsaban a atender su salud; 2) el acceso a los servicios, que abarcaba los factores que impelían a hombres y mujeres a buscar atención y cumplir los regímenes de tratamiento; 3) la interacción comunicativa durante la visita al médico, que se refería a la experiencia de hombres y mujeres con respecto a la comunicación con los prestadores de servicio de salud y el maltrato por parte de estos; y 4) los factores curativos, con inclusión de las “oportunidades desaprovechadas” porque no se tienen en cuenta las diferencias por razón de sexo. La Sra. Pittman proporcionó numerosos ejemplos de los resultados de la fase operativa del estudio que ilustraban las diferencias principales que existían en la forma en que los hombres y las

mujeres interactuaban con los proveedores de atención sanitaria y en sus percepciones en cuanto a sus enfermedades y la atención que recibían.

Hasta la fecha, los principales logros del proyecto fueron los siguientes:

- Se elaboraron y se sometieron a prueba nuevos métodos.
- Se demostró la importancia de tener en cuenta la perspectiva de género en las evaluaciones de la calidad de la atención.
- Se detectaron varios elementos que revelaban la índole androcéntrica del modelo de atención sanitaria.
- El estudio reveló información valiosa para detectar elementos del concepto social relativo al género que perjudicaban la prevención, la protección y el autocuidado de salud.
- El estudio también reveló información que permitió detectar problemas relacionados con el género en la calidad de la atención y ver cómo la interacción de los proveedores de atención de salud con los hombres y las mujeres puede influir positiva o negativamente en los resultados de salud.

La Sra. Pittman advirtió que los resultados del estudio no podían extrapolarse porque eran específicos del lugar y del momento en que este se había realizado. La segunda fase del estudio se centraría en el diseño y la puesta a prueba de un protocolo de evaluación sencillo, rápido y de bajo costo que pudiera aplicarse en otros lugares. La fase final utilizaría la información obtenida de las dos primeras fases para formular y someter a prueba las normas de adiestramiento práctico para los profesionales de atención sanitaria que incorporara una perspectiva de género.

La Dra. Hartigan describió brevemente la historia del estudio, que había surgido de un esfuerzo realizado por el Programa para elaborar métodos que proporcionaran pruebas fehacientes de las inequidades entre los sexos que comprobadamente existían en los servicios de salud. Inicialmente, el Programa había procurado establecer indicadores para evaluar la inequidad entre los sexos, pero se había hecho evidente que esos indicadores evaluaban la desigualdad, no la inequidad. Recalcó que el objetivo del enfoque de género no era lograr que se tratara igual a los hombres y a las mujeres sino que se los tratara equitativamente, lo cual implicaba responder a sus necesidades especiales en función del sexo. Por consiguiente, el Programa había concentrado sus esfuerzos en elaborar métodos cualitativos que permitieran evaluar las inequidades entre los sexos con la mayor objetividad posible. Aunque el estudio en realidad tuvo ciertas limitaciones, se consideró que los métodos y muchos de los resultados eran ampliamente aplicables a otros contextos.

El Subcomité consideró que los resultados del estudio tenían un enorme valor potencial para mejorar la calidad de la atención sanitaria proporcionada tanto a los hombres como a las mujeres de la Región al aplicarse un enfoque de género. Varios representantes señalaron que los estudios de este tipo podían contribuir notablemente a los esfuerzos de reforma sanitaria y a la educación y el adiestramiento de los proveedores de atención de salud. A este respecto, se señaló también que en los servicios de salud generalmente existía una estructura de poder vertical y autoritaria dominada por los médicos, no solo en la relación de estos con los pacientes, sino también con otros miembros del personal sanitario, que en su mayoría eran mujeres. Se plantearon varias preguntas en cuanto a aspectos concretos de los métodos, acerca del costo del estudio y la factibilidad de adaptar los métodos para aplicarlos en otros lugares. Un representante señaló que el lenguaje corporal podía revelar mucho acerca de las actitudes y preguntó si se había considerado en el análisis de las interacciones proveedor-paciente. Otro señaló que, en la exposición que la Sra. Pittman hizo al Subcomité el año anterior, ella había mencionado que el embarazo de adolescentes era uno de los problemas en los que se centraría el estudio y preguntó si seguía siendo así.

La Sra. Pittman dijo que lo ideal hubiera sido que el estudio examinara el lenguaje verbal y el de otro tipo. Sin embargo, para hacerlo hubiera sido necesario tomar un video o fotografías de las entrevistas, lo cual se consideró demasiado indiscreto. Respecto a la pregunta relativa al embarazo de adolescentes, explicó que este había sido objeto de otro estudio que empleó el mismo protocolo. Los resultados de dicho estudio todavía no estaban disponibles. Estuvo de acuerdo en que una de las áreas en las que podían aplicarse los resultados del estudio más eficazmente era el perfeccionamiento de los programas de estudios médicos, y señaló que la tercera fase del estudio se dedicaría a la formulación de normas de adiestramiento para los profesionales de atención sanitaria.

La Dra. Hartigan declaró que la primera fase del estudio había sido muy costosa por todos los gastos iniciales que acarrea elaborar métodos, más el costo del análisis de cada entrevista, el cual era un proceso sumamente lento y por consiguiente caro. En la segunda fase, el Programa se proponía idear métodos mucho más rápidos y menos costosos que pudieran aplicarse en una variedad de entornos.

A solicitud de la Dra. Hartigan, el Dr. Daniel López Acuña (Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud) esbozó algunas de las maneras de incorporar los resultados de este tipo de estudio a los procesos de reforma sanitaria. Señaló que un componente de la reforma del sector sanitario de la mayoría de los países era la elaboración de un modelo de atención sanitaria que respondiera mejor a las necesidades de todas las personas, incluidas sus necesidades subjetivas y sus necesidades objetivas técnicamente definidas. Los estudios como este serían sumamente útiles para determinar las necesidades subjetivas y analizarlas desde la perspectiva de los conceptos de género. Otro elemento muy

importante de la reforma de atención sanitaria era la calidad de la atención. Actualmente, la mayoría de las evaluaciones de la calidad se centran principalmente en la calidad técnica y se presta poca atención a la calidad percibida. Este estudio proporcionaba un método para evaluar la calidad percibida. Finalmente, los resultados del estudio serían útiles para incorporar una perspectiva de género al adiestramiento de los trabajadores de salud, lo cual era otro aspecto de la reforma sanitaria.

Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: la experiencia de Guatemala (documento MSD17/8)

La Dra. Lily Caravantes (punto focal del HDW, Guatemala) describió un proyecto que se estaba realizando con mujeres mayas en Guatemala. Mediante la aplicación de una perspectiva de género y de una perspectiva étnica, el proyecto procuró lograr los siguientes objetivos: 1) promover la participación de las mujeres indígenas para empoderarlas y fomentar en ellas la toma de conciencia respecto a la importancia de cuidar su salud; 2) establecer una base para la interacción entre las mujeres indígenas y los servicios de salud; 3) transformar los servicios basándose en la experiencia y los conocimientos adquiridos mediante el proyecto. La Dra. Caravantes describió brevemente cómo el proyecto había evolucionado desde su inicio en 1991 y los obstáculos políticos e institucionales que habían surgido. También habló de algunas enseñanzas que se habían aprendido respecto a la forma en que la identidad sexual y la discriminación por razón de sexo se manifestaban en la población indígena, a la forma en que los sesgos por razón de sexo y de etnia condicionaban los problemas de salud, a la forma en que las indígenas percibían la salud y las necesidades en materia de salud, y a la forma en que debían adaptarse los servicios de salud para satisfacer las necesidades de estas mujeres.

Gracias al proyecto se había logrado avanzar considerablemente respecto al empoderamiento y al aumento de la autonomía de las mujeres indígenas, al hacerlas más conscientes de su condición de mujer y de los efectos que esta tiene en su salud, al promover el autocuidado y al aumentar su participación en actividades de promoción de la salud y de asistencia sanitaria. Además, el proyecto fomentó una mayor comprensión intercultural al aumentar la identidad sexual entre las mujeres indígenas y no indígenas, y promovió una mayor aceptación de las ideas y las prácticas al incorporar elementos de medicina tradicional, como el uso de las plantas medicinales, en los servicios de salud.

Varias recomendaciones emanaron del proyecto. Entre las que mencionó la Dra. Caravantes figuran las siguientes:

- Las mujeres indígenas deben participar en todas las fases de los proyectos diseñados para su beneficio.

- Los proyectos de salud dirigidos a las mujeres indígenas deben incluir componentes educacionales y ocupacionales, ya que el analfabetismo y el desempleo se consideran como factores determinantes de la situación sanitaria de la población indígena.
- La transformación de los servicios de salud para satisfacer mejor las necesidades de las mujeres indígenas debe empezar de inmediato; no es necesario esperar los resultados de estudios más exhaustivos, puesto que el proyecto ha dado información suficiente acerca de la discriminación étnica y por razón de sexo que afrontan las mujeres indígenas, para poder introducir cambios que mejoren la prestación de servicios de salud a estas mujeres.
- Las enseñanzas aprendidas a nivel local gracias a este proyecto deben aplicarse a la formulación de políticas públicas a nivel nacional.

El Dr. Juan Antonio Casas (Director, División de Salud y Desarrollo Humano y Exrepresentante de la OPS/OMS en Guatemala) subrayó la dificultad del contexto histórico y político en el que se había llevado a cabo el proyecto. La historia de Guatemala era en gran medida la historia del conflicto entre grupos étnicos, y ningún proyecto de desarrollo humano podía llevarse a cabo en el país sin afrontar la cuestión étnica. Las fricciones étnicas habían sido un grave obstáculo para este proyecto, así como la situación política inestable del país. Su éxito se debió en gran parte al valor y la perseverancia de la Dra. Caravantes y de sus colegas. El Dr. Casas también reconoció el apoyo inestimable que habían proporcionado los países nórdicos al proyecto.

El Subcomité elogió a la Dra. Caravantes por su exposición tan informativa. El proyecto se consideró un ejemplo sobresaliente de la cooperación técnica de la OPS en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo. Varios representantes señalaron que las enseñanzas aprendidas podían aplicarse en otros países que tuvieran poblaciones indígenas, y preguntaron acerca de las posibilidades de aplicar proyectos análogos en otros países o de intercambiar experiencias entre los países. También se señaló que algunos de los métodos empleados y los conocimientos adquiridos en este proyecto podían servir para adaptar los servicios de salud a las necesidades de grupos migratorios. Se plantearon varias preguntas en cuanto a los planes futuros del proyecto, en particular respecto al desarrollo de liderazgo entre las mujeres indígenas y el establecimiento de un foro de mujeres, que se mencionaba en el documento.

La Dra. Caravantes dijo que el equipo consideraba que el proyecto podía beneficiarse enormemente de los intercambios con personas que tenían inquietudes análogas o que participaban en proyectos parecidos en otros países, pero debido a las limitaciones de recursos no se habían podido realizar esos intercambios internacionales. Se habían promovido intercambios entre los dos grupos mayas que participaron en el proyecto (quiché

y cachiquel), aunque esto había planteado un reto porque tradicionalmente había existido animosidad entre estos grupos. Sin embargo, al centrarse en lo que tenían en común las mujeres, se pudo fomentar un sentido de unidad y persuadirlas para que colaboraran. Por lo tanto, se demostró que el enfoque de género era una estrategia eficaz para romper las barreras que separaban a las mujeres de diferentes grupos étnicos.

En cuanto a las actividades futuras, señaló que se había previsto una tercera fase del proyecto para el período 1998-2000. Durante esa fase, se realizaría una labor continua para fortalecer los consejos de mujeres indígenas, que servían de enlace entre ellas y el personal de los servicios de salud, y para someter a prueba los métodos que se diseñaran dentro del marco del proyecto. Respecto al foro de mujeres, dijo que, en virtud del acuerdo de paz firmado a finales de 1996, había de establecerse un foro para promover los intereses de las mujeres de Guatemala. Se esperaba que fuese un foro pluralista en el que participaran activamente las mujeres indígenas.

La Dra. Hartigan observó que un elemento decisivo del éxito del proyecto había sido la disposición de la Dra. Caravantes y de otros miembros del personal de incorporar al proyecto actividades que respondieran a las necesidades determinadas por las mujeres mismas, incluso si dichas actividades no estaban dentro del ámbito normal de un proyecto de salud. Ello supuso, por ejemplo, incluir actividades de enseñanza de la lectura, ya que las mujeres consideraban que el analfabetismo era un factor que perjudicaba su salud. También observó que se estaba considerando determinar de qué manera un proyecto multipaíses análogo puede diseñarse dentro del marco de la Iniciativa de Salud de las Poblaciones Indígenas (SAPIA) de la OPS.

Otros asuntos

El Subcomité examinó varios temas que pueden abordarse en su próxima reunión. Se decidió que, de acuerdo con la opción 3 presentada en el documento MSD17/9, en lugar de considerar varios múltiples, el Subcomité se centraría en un solo tema y los países miembros participarían en la preparación de los documentos correspondientes.

Se seleccionó como tema central para la próxima reunión " La elaboración de políticas públicas que influyen en la mujer, la salud y el desarrollo". Se eligió este tema porque se consideró que era el más apropiado para presentar estudios de casos relativos a la elaboración de políticas eficaces en los distintos países.

Presentación de las recomendaciones del Subcomité al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El Subcomité le presentó las siguientes recomendaciones al Director:

RECOMENDACIONES

En su calidad de subcomité asesor del Comité Ejecutivo, el Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo recomienda al Comité Ejecutivo que considere la conveniencia de tomar las siguientes medidas:

1. Tomar nota del informe de la 17.ª Reunión del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo.
2. Actualizar las atribuciones del Subcomité, tomando en consideración la propuesta presentada por este.
3. Formular, por conducto del Consejo Directivo, recomendaciones concretas a los Estados Miembros o al Director de la OPS, del siguiente modo:
 - (a) A los Estados Miembros:
 - Que promuevan la incorporación de una perspectiva de género en la planificación, programación y evaluación de programas y políticas de salud, haciendo hincapié en los procesos en marcha de reforma sanitaria.
 - Que apoyen el establecimiento y la puesta en marcha de la Conferencia Interamericana sobre la Equidad entre los Sexos en las Políticas Sanitarias, red regional de debate electrónico.
 - Que fomenten actividades enderezadas a fortalecer la capacidad del sector sanitario de detectar y remitir los casos de violencia en el hogar contra las mujeres, y promover las actividades intersectoriales con otros organismos que se ocupan de este problema social.
 - Que incorporen una perspectiva de género en la evaluación de la calidad de la prestación de servicios sanitarios.
 - Que se familiaricen con la promoción de la salud de la mujer indígena en Guatemala, en particular en los países que tienen poblaciones indígenas, y busquen mecanismos para implantar iniciativas, diseñados conjuntamente y puestos en práctica con grupos indígenas, que mejoren el estado de salud de las comunidades indígenas.
 - Que diseñen y apoyen actividades concebidas para incorporar una perspectiva de género en la formación y el adiestramiento de trabajadores del campo de la salud.

Esa perspectiva debe tener en cuenta la dimensión socioemocional de la relación proveedor-cliente y debe reconocer la importancia que reviste el respeto a la diversidad cultural.

(b) Al Director de la OPS:

- Que continúe y amplíe a otros países de la Región el proyecto sobre equidad entre los sexos en los servicios de atención sanitaria.**
- Que amplíe el proyecto de salud de las mujeres indígenas en Guatemala a otros países que tengan poblaciones indígenas.**
- Que se siga esforzando por incorporar una perspectiva de género en los programas de cooperación técnica de la Oficina.**

El Director agradeció al Subcomité la serie de recomendaciones bien fundadas que reconocían cuáles actividades podía realizar la Secretaría y cuáles incumbían exclusivamente a los países. Consideró que las recomendaciones a la Secretaría eran perfectamente factibles y aseguró a los representantes que se llevarían a cabo en la forma más completa posible. En cuanto a las recomendaciones a los países, la Organización se esforzaría por promover su ejecución siempre que fuese posible como parte de su labor de cooperación técnica. Instó a todos los representantes a que también actuaran como defensores de las actividades en el campo de la mujer, la salud y el desarrollo en sus países respectivos. En conclusión, reiteró su compromiso personal y el de toda la Organización de incorporar una perspectiva de género a todos los aspectos de la labor de la OPS.

Anexos

PROGRAMA DE TEMAS

No. del documento

1. Apertura de la Reunión
2. Elección para la Presidencia, Vicepresidencia y Relatoría
3. Adopción del programa de temas y del programa de sesiones **MSD17/1, Rev. 1
y MSD17/WP/1**
4. Informe de actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevadas a cabo en los niveles regional y de país **MSD17/3**
5. Puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género **MSD17/4**
6. Puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia y presentación de los resultados de la fase de investigación operativa **MSD17/5**
7. La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria **MSD17/6**
8. Violencia contra las mujeres y las niñas: el marco conceptual que se está implantando en diez países **MSD17/7**
9. Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: la experiencia de Guatemala **MSD17/8**
10. Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo **MSD17/9**
11. Otros asuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de Trabajo

MSD17/1, Rev. 1	Programa de temas
MSD17/WP/1	Programa provisional de sesiones
MSD17/2, Rev. 1	Lista de participantes
MSD17/3	Informe de las actividades del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo llevadas a cabo en los niveles regional y de país
MSD17/4	Puesta al día del proceso de sensibilización del personal de la OPS con respecto a las cuestiones de género
MSD17/5	Puesta al día del proyecto de calidad de la asistencia y presentación de los resultados de la fase de investigación operativa
MSD17/6	La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria
MSD17/7	Violencia contra las mujeres y las niñas: el marco conceptual que se está implantando en diez países
MSD17/8	Enseñanzas aprendidas al trabajar con mujeres indígenas en cuestiones de salud: la experiencia de Guatemala
MSD17/9	Función futura del Subcomité Especial sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

Documentos de Información

Reglamento interno para reuniones

PAHO/HDW/97-002	¿Cómo fueron evaluados los Talleres de Género, Salud y Desarrollo?
PAHO/HDP-HDW/97/003	Evaluación de Programas de Países

LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES

MEMBERS OF THE SUBCOMMITTEE
MIEMBROS DEL SUBCOMITE

BAHAMAS

Mrs. Hannah Gray
Director, Health Planning
Ministry of Health
Nassau

CHILE

Dr. Rene Castro
Encargado del Programa de
Salud de la Mujer
Ministerio de Salud
Santiago

Sra. Blanca Vial
Asesora del Gabinete del
Ministro de Salud
Ministerio de Salud
Santiago

COSTA RICA

Lcda. María Gabriela Castro Páez
Ministerio de Salud
San José

OBSERVERS
OBSERVADORES

INTERGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANIZACIONES INTERGUBERNAMENTALES

INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN, ORGANIZATION OF AMERICAN STATES (CIM/OAS)
COMISION INTERAMERICANA DE MUJERES, ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS (CIM/OEA)

Sra. Mercedes Kremenetzky
Especialista Principal
Washington, D.C.

NONGOVERNMENTAL ORGANIZATIONS
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Dr. Hellen P. Batty
Director, WHO/Collaborating Center
Women's Health Western Hemisphere
Women's College Hospital
Toronto, Canada

Ms. Monica Riutort
Advisor to the President
WHO Collaborating Center
Women's College Hospital
Toronto, Canada

**PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA**

*Secretary ex officio of the Subcommittee
Secretario ex officio del Subcomité*

**Sir George A. O. Alleyne
Director**

*Advisers to the Director
Asesores del Director*

**Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director**

**Dr. Mirta Roses
Assistant Director**

**Mr. Thomas Tracy
Chief of Administration**

**Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control**

**Mr. Horst Otterstetter
Director, Division of Health and Environment**

**Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development**

**Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development**

**Dr. Joao Yunes
Director, Division of Health Promotion and Protection**

**Dr. Ciro de Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization**

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU (cont.)
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (cont.)

Advisers to the Director (cont.)
Asesores del Director (cont.)

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations

Dr. Juan Manuel Sotelo
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning

Technical Secretary
Secretaria Técnica

Dr. Pamela Hartigan
Coordinator, Women, Health,
and Development Program

Chief, Department of General Services

Mr. César A. Portocarrero

Chief, Conference Services

Ms. Janice A. Barahona

PROPUESTA

Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo

Mandato

1. Naturaleza

El Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo es un órgano asesor del Comité Ejecutivo.

2. Funciones

El Subcomité tendrá las siguientes funciones:

- 2.1 Asesorar al Comité Ejecutivo en los asuntos que le refiera este órgano directivo, o por su propia iniciativa, en materia de:
 - 2.1.1 el liderazgo y la cooperación técnica de la OPS en el campo de la salud de la mujer;
 - 2.1.2 la situación de la mujer en el trabajo sanitario, tanto en los países como en la OPS;
 - 2.1.3 la incorporación de una perspectiva de género en la planificación y programación del sector de la salud;
 - 2.1.4 empoderamiento de las mujeres y beneficios para la salud;
 - 2.1.5 acciones que podrían emprender los Estados Miembros para mejorar la salud y la situación de las mujeres;
 - 2.1.6 acciones que podría emprender la OPS para mejorar la salud y la situación de las mujeres.
- 2.2 Asesorar al Comité Ejecutivo y, por intermedia de este, al Consejo Directivo y a la Conferencia Sanitaria Panamericana, así como al Director, sobre las repercusiones que tienen sobre la mujer las políticas fijadas a esos niveles de decisión.
- 2.3 Desempeñar cualquier otra función que le asigne el Comité Ejecutivo.

2.4 Informar al Comité Ejecutivo, en la reunión que se celebre en junio de los años en que se reúna el Subcomité, sobre sus deliberaciones y presentar sus recomendaciones para que el Comité Ejecutivo tome las medidas que estime convenientes.

3. Composición del Subcomité y asistencia a sus reuniones

3.1 *Miembros*

El Subcomité constará de seis Gobiernos Miembros: tres que elegirá el Comité Ejecutivo por mandatos que coincidan con la duración de su participación en el Comité Ejecutivo, y tres designados por el Director en consulta con el Presidente del Comité Ejecutivo antes de cada reunión del Subcomité según los temas específicos de esa reunión. Cada uno de los Gobiernos Miembros elegidos tendrá derecho a designar a un representante en el Subcomité. Cada representante puede tener hasta dos suplentes.

Los nombres de los representantes y los suplentes se comunicarán al Director de la OSP por lo menos 15 días antes de la inauguración de la reunión.

Los gastos de los representantes de los miembros del Subcomité que asistan a las reuniones serán sufragados por la OPS, de conformidad con las normas y reglamentos que rigen tales gastos. Los gastos de los suplentes serán costeados por el Gobierno Miembro en cuestión.

3.1 *Observadores*

Los gobiernos no representados en el Subcomité y las instituciones invitadas, especialmente los ONG que están trabajando para promover la equidad en el género, podrán, por su propia cuenta, enviar a observadores, que estarán autorizados para participar en los debates del Subcomité.

4. Reuniones

El Subcomité se reunirá cada dos años antes de la reunión que el Comité Ejecutivo celebra en junio.

Las reuniones del Subcomité se celebrarán en la sede de la OPS en las fechas fijadas por el Director en consulta con el Comité Ejecutivo.

A menos que el Subcomité decida lo contrario, las reuniones serán públicas.

5. Cambios en el Subcomité

La naturaleza, composición, funciones y existencia del Subcomité podrán modificarse o terminarse mediante una resolución del Comité Ejecutivo.