

54.º CONSEJO DIRECTIVO

67.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015

Punto 7.2 del orden del día provisional

CD54/INF/2
10 de julio del 2015
Original: inglés

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ACCIÓN PROPUESTAS

Antecedentes

1. Los Estados Miembros aprobaron la *Política en materia de igualdad de género* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1) durante el 46.º Consejo Directivo (resolución CD46.R16 [2005]) y solicitaron a la Directora que, “en la medida en que lo permitan los recursos financieros disponibles, como se aprobó en el marco de los diversos procesos de fortalecimiento institucional, formulara un plan de acción para la ejecución de la *Política en materia de igualdad de género*, que incluyera un sistema para el seguimiento del desempeño y la rendición de cuentas” (1).
2. El plan de acción solicitado, aprobado por los Estados Miembros en el 2009 (resolución CD49.R12) (2), proporciona una hoja de ruta para ejecutar la *Política en materia de igualdad de género* con indicadores específicos para analizar el progreso hacia el logro de los objetivos del plan de acción. Entre estos se encuentran garantizar el liderazgo y la apropiación de las consideraciones de igualdad de género dentro de la Oficina Sanitaria Panamericana (la Oficina) y en la Región de las Américas (la Región), en el marco del mandato más amplio de la OPS para lograr equidad y “Salud para Todos”.
3. En el plan de acción se estipula que la Directora informe sobre el progreso logrado en la Región hacia su ejecución. En el 2012, se presentó al Consejo Directivo un informe de progreso de mitad de período que describe los logros y los retos. Para preparar este informe de evaluación¹ de todo el período (2009-2014), la Directora designó a la

¹ Este proceso de evaluación no cumple con los criterios de las evaluaciones externas. Por consiguiente, en este documento, el término “evaluación” se utiliza para indicar una medida de “avances graduales” hacia el logro de las metas del plan de acción, en el contexto de los compromisos en evolución de los Estados Miembros y la Oficina, y con el entendimiento explícito de las limitaciones de la metodología de autoevaluación utilizada para recabar los datos.

Unidad de Género y Diversidad Cultural de la Oficina para coordinar la recopilación y el análisis de la información, con la plena participación de otras áreas de la Oficina, así como de los países y territorios que integran la OPS.

4. La información se recopiló en octubre y noviembre del 2014 de los cuestionarios autoadministrados enviados a todos los países y territorios; de 48 países respondieron 32. Lamentablemente, en ese momento, algunos países del Caribe oriental y de los Territorios de Ultramar del Reino Unido, además de Haití, Puerto Rico, y Trinidad y Tabago, no pudieron presentar informes. Para facilitar la recopilación de datos, los ministerios de salud, con el apoyo de la OPS, consultaron con diversos asociados, como representantes de la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas. También se recabó información de los cuatro departamentos técnicos de la Oficina (Sistemas y Servicios de Salud [HSS], Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental [NMH], Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud [CHA] y Familia, Género y Curso de Vida [FGL]; así como del Programa Especial sobre el Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud [SDE]; y otros dos departamentos cuyas funciones están vinculadas con el tema (Gestión de Recursos Humanos y Planificación y Presupuesto). Los cuestionarios contestados y presentados fueron la fuente de datos de cada Estado Miembro y de la Oficina. Este informe consolidado se difundirá ampliamente para seguir incorporando la igualdad de género en las futuras acciones relacionadas con la salud en la Región.

5. El Plan se sustenta en la premisa básica de que la igualdad de género en materia de salud es el resultado de la integración de la perspectiva de género en el sector de la salud, cuando se lleva a la práctica con otros factores favorables en un marco de desarrollo, centrado en la equidad en salud. La evaluación presentada aquí describe los logros y los retos de la Región. Se señalan los logros especiales y se subrayan las dificultades persistentes. Dado el alcance de la evaluación y el enfoque metodológico adoptado, los resultados que se presentan aquí no procuran representar el impacto de los esfuerzos para lograr la igualdad de género en materia de salud, según lo establecido en el plan de acción. Por el contrario, son una medición concreta de la forma en que los datos, las políticas y los programas están transformando las prácticas en el ámbito de la salud de maneras que, con el transcurso del tiempo, deben conducir a impactos sostenibles (3). El Plan consta de cuatro áreas estratégicas (desglose de los datos, fortalecimiento de capacidades, participación de la sociedad civil y seguimiento y evaluación), todas las cuales tienen indicadores específicos para el análisis y evaluación de su progreso.

Actualización sobre el progreso logrado

6. **Integración de la igualdad de género en el sector de la salud:** casi 80% de los países y los territorios informaron que los planes y las políticas de género aportan un marco apropiado para integrar el género en la salud. Muchos países informaron que varios de sus programas de salud tienen estrategias de género y que han ido mucho más allá de las referencias iniciales a la salud sexual y reproductiva o la violencia doméstica. Seis de 32 Estados Miembros (20%) informaron tener procesos nacionales para evaluar y abordar los cuidados de salud que se dan en forma gratuita en el hogar

(fundamentalmente por mujeres) y 22 (69%) dijeron haber usado enfoques de género en los programas de enfermedades no transmisibles y salud mental (anexo, cuadro 1). Un total de 10 países y territorios (Barbados, Bolivia, Canadá, Chile, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Paraguay, Islas Turcas y Caicos, y Uruguay) tenían una política de paridad del personal en ejecución en el 2014, en comparación con un país (Cuba) en el 2011 (4). Dado el impacto considerable que tiene el grado de la equidad de género en la cultura institucional interna sobre la política y la programación, se trata de un logro importante.

7. **Desglose de los datos:** El desglose de los datos por sexo y otras variables de los determinantes sociales es un componente fundamental en la integración de la perspectiva de género, ya que hace visibles las inequidades de género y les permite a los investigadores construir una base de datos probatorios que apoye las intervenciones que contribuyen a reducir las desigualdades de salud entre las poblaciones afectadas. Los Estados Miembros y la Oficina informaron sobre el progreso significativo logrado al desglosar los datos de salud (cuadro 2). También se hicieron avances observables en el análisis de los datos desglosados y en su uso en la planificación y la programación sistemática sobre cuestiones de género, en particular a nivel nacional (figura 1), pero es necesario seguir avanzando en este sentido. En el transcurso del período de evaluación (2009-2014), la Oficina creó numerosas herramientas para la capacitación de usuarios y generadores de información sanitaria, a fin de integrar el género y las perspectivas interculturales en los sistemas de información de salud. El compendio bienal de indicadores regionales para género y salud, publicado por la Oficina, ha resultado particularmente útil ya que facilita las actividades de los Estados Miembros y es una herramienta de referencia que complementa los conocidos datos básicos de salud de la OPS.

8. **Fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud:** Casi todos los Estados Miembros están fortaleciendo sus capacidades en materia de género y salud, aunque no en forma sistemática (18 de los 32 países que informaron cuentan con módulos de capacitación u otros recursos). Entre las actividades emprendidas por los Estados Miembros y la Oficina se encontraban cursos virtuales y presenciales, además de iniciativas de capacitación especializadas en género y salud. Varias versiones adaptadas de estos cursos se usaron en Argentina, Chile, El Salvador y México, así como en 13 países y territorios de habla inglesa en el Caribe (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, Suriname, y Trinidad y Tabago) (5). Los Estados Miembros solicitaron apoyo técnico continuo en esta área, además de la ampliación a las áreas temáticas emergentes como las identidades de género, para abarcar los temas de LGBT y masculinidades,² entre otros, y perfeccionamiento de mecanismos de integración de la perspectiva de género más específicos, como análisis de datos, seguimiento y evaluación y promoción

² El término “masculinidades” (en plural) se refiere a las diversas identidades de género y las diferentes expresiones contextuales de masculinidad reconocidas por las Naciones Unidas y, cada vez más, dentro y fuera del sector de la salud.

de la incidencia política. Dentro de la Oficina, el fortalecimiento de las capacidades en materia de género y salud ha sido menos uniforme desde la presentación del informe de mitad de período, aunque varias áreas nuevas como NMH y SDE informaron adelantos significativos en capacitación del personal.

9. **Participación de la sociedad civil:** Cada vez es más frecuente que los Estados Miembros involucren a la sociedad civil y a otros asociados en la formulación de planes y programas nacionales de salud. Muchos Estados Miembros informaron sobre las iniciativas emprendidas con estos grupos, a través de diversos programas. Por ejemplo, 59% de ellos dijeron haber presidido algún observatorio nacional o local de igualdad de género o haber participado en ellos. La Oficina toma parte en estos observatorios y continua su labor con múltiples asociados de la Región, entre ellos la Red Latinoamericana y del Caribe para la Salud de la Mujer (RSMLAC); asociaciones indígenas y de afrodescendientes; mecanismos interinstitucionales del sistema de las Naciones Unidas y la comunidad académica. Sin embargo, los Estados Miembros informaron que el mantenimiento de estas relaciones y de las agendas comunes constituye un reto. A nivel de la Oficina, se hará una revisión del Grupo Consultivo Técnico de la Directora en Materia de Igualdad de Género y Salud para apoyar la formulación de orientaciones estratégicas futuras, basadas en parte en los resultados de esta evaluación y en los compromisos previstos establecidos en la Agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

10. **Monitoreo de la igualdad de género en la salud:** Los resultados de los informes de cada Estado Miembro sobre los mecanismos institucionales para integrar el género en la salud fueron ambiguos. Aunque las personas que tenían responsabilidades relacionadas con la equidad de género en el sector de la salud informaron no disponer de recursos suficientes en cuanto al personal y el presupuesto, se lograron avances significativos con respecto a las políticas, los planes y la utilización de los datos. La proporción de Estados Miembros con políticas y planes de género y salud aumentó, al pasar de 47% en el 2011 a 59% en el 2014, y la proporción de los que tenían un presupuesto para género y salud aumentó de 39% a 44% en el mismo período (figura 2). Sin embargo, el financiamiento para la integración de la perspectiva de género dependía en gran medida de subvenciones y otros presupuestos no ordinarios. La necesidad de contar con personal suficiente en la institución, además de tener políticas, planes y presupuestos sostenibles y uniformes nunca se enfatizará demasiado, en especial dentro del contexto macroeconómico cambiante y de reforma sanitaria. Además, solo 20% de los Estados Miembros que respondieron informaron que estaban monitoreando activamente los compromisos del sector de la salud para la integración de la perspectiva de género.

11. **Otras oportunidades emergentes para impulsar la equidad de género en materia de salud:** Los mecanismos intergubernamentales subregionales son cada vez más importantes para impulsar la integración de la perspectiva de género en la salud. Los Estados Miembros, la Oficina y sus asociados han dado mayor impulso a las agendas nacionales y regionales de salud que contribuyen al avance de las metas técnicas y

políticas de la igualdad de género al: *a)* crear comisiones intergubernamentales y emitir declaraciones³ de alto nivel, y *b)* facilitar la colaboración técnica sobre género y salud entre las subregiones. Sin embargo, el nivel y la sostenibilidad de los adelantos en el proceso y los resultados de la integración de la perspectiva de género son desiguales a través de los Estados Miembros, las subregiones y la Oficina. Esto parece ser directamente atribuible a la presencia o la ausencia constante de estructuras institucionales bien ubicadas e integrales con recursos suficientes, centradas en promover y apoyar la integración de la perspectiva de género. La desigualdad en los esfuerzos de integración de la perspectiva de género quizá también sea atribuible a los cambios en los entornos políticos que no favorecen ni permiten la integración de la perspectiva de género. Sin embargo, la confirmación de estas correlaciones requeriría investigación y análisis más allá del alcance de este informe.

12. En el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 (*En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad*) (6), la equidad de género se identifica como uno de cuatro temas transversales lo que sustenta su cumplimiento. Este es un mandato fuerte para los Estados Miembros y la Oficina de renovar los esfuerzos para ejecutar y monitorear el progreso hacia el logro de las metas de la *Política en materia de igualdad de género*. En los planes de trabajo bienales de las entidades de la Oficina para el bienio 2014-2015, 62% de 4.030 productos y servicios establecieron vinculaciones a la equidad de género y a los otros tres temas transversales. Durante el 2015 y más allá, hay oportunidad de mayor consonancia con el marco de igualdad de género de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *Plan de acción para todo el sistema de las Naciones Unidas sobre la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres* (7).

13. **Conclusiones:** El progreso que han notificado los Estados Miembros amerita un optimismo cauteloso. Se están generando más datos de salud desglosados por sexo y se realiza análisis de género para apoyar la planificación de salud con equidad. Los Estados Miembros siguen: *a)* fortaleciendo capacidades en materia de género y salud y *b)* generando evidencia a nivel nacional acerca de las inequidades de género en la salud (según se refleja en los documentos de política, etc.). El sector de la salud adopta cada

³ Algunos ejemplos son:

- la Declaración de Panamá *Una promesa renovada para las Américas: reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil*. Conferencia Una promesa renovada para las Américas; del 10 al 12 de septiembre del 2013, Ciudad de Panamá (Panamá). Disponible en español en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/wp-content/uploads/2013/09/Declaracion-de-Panama.pdf>
- la Declaración de Honduras: *Alianza para la prevención del embarazo en la adolescencia*. Tegucigalpa (Honduras), 2014. Disponible en español previa solicitud; y
- la resolución de la Comunidad Andina acerca de la elaboración y transmisión de indicadores de género sobre la salud. Comunidad Andina. Gaceta Oficial resolución 1468. *Manual para la elaboración y transmisión de indicadores estadísticos de salud y género*. Cartagena; 2012. Disponible en español en: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/Gacetas/Gace2049.pdf>

vez más procesos intersectoriales e interprogramáticos para apoyar los compromisos vinculados con el género y la salud, en diversos temas. Con la ayuda de la Oficina, los Estados Miembros documentaron las 18 mejores prácticas (enseñanzas extraídas al incorporar el género en los ámbitos de salud, seleccionadas entre más de 75 opciones). Sin embargo, el progreso es desigual, y aunque el aumento de la asignación presupuestaria para las actividades de género y salud es un indicador bienvenido y tangible del progreso hacia la institucionalización, el financiamiento sigue planteando retos y siguen existiendo muchos obstáculos ocultos, recurrentes y sistémicos para la integración de la perspectiva de género sostenible, tanto en el sector de la salud como en la Oficina.

14. Los Estados Miembros abogan firmemente por la colaboración continua y más marcada de la Oficina en los temas de género y salud, no solo como una respuesta temática específica, sino también como parte de las prioridades de cooperación técnica más amplias en todas las áreas de trabajo. Es necesario prestar una atención renovada a la integración de la perspectiva de género en los procesos locales de planificación, seguimiento y evaluación, a la evidencia para la promoción de la incidencia política y a la participación en áreas temáticas emergentes relacionadas con la igualdad de género, por ejemplo, la paridad de sexo entre el personal (figura 3).

Acción necesaria para mejorar la situación

15. **Recomendaciones:** La Directora mantiene el optimismo y seguirá atenta a los esfuerzos de los Estados Miembros y la Oficina para abordar las barreras que distraen el logro de las metas del acceso universal a la salud y de la cobertura universal de salud en la Región (8). Ni la Oficina ni los Estados Miembros dejan de verse afectados por las desigualdades contextuales generalizadas en la Región, que podrían exacerbarse en el sector de la salud cuando no se tienen en cuenta el género, la etnicidad y los derechos humanos. Aunque se reciben con sumo agrado los logros aquí expuestos, no es posible pasar por alto que los avances han sido desiguales. En el 2012, los Estados Miembros señalaron la necesidad de renovar el compromiso político y técnico dentro de los ministerios de salud y los gobiernos para institucionalizar las respuestas a la Política en materia de igualdad de género.

16. En vista de esa necesidad, la Oficina recomienda lo siguiente:

- a) reafirmar la *Política en materia de igualdad de género*;
 - b) intensificar los esfuerzos para ejecutarla por medio de las áreas estratégicas actuales;
 - c) crear nuevas funciones de liderazgo para trabajar en favor de las prioridades para la equidad de género en materia de salud;
 - d) prestar mayor atención a llenar las necesidades de recursos de las oficinas de género y de personal en los ministerios de salud con miras a alcanzar estas metas;
- y

- e) suministrar informes sobre el progreso a través de los canales existentes en los Estados Miembros y los Cuerpos Directivos.

17. **Líneas estratégicas de acción para el período 2015–2019:** La evaluación del plan de acción para la aplicación de la *Política en materia de igualdad de género* brindó una oportunidad única para evaluar y analizar las necesidades percibidas en la Región y validar las prioridades para la colaboración futura en la integración del género en la salud. La Oficina respalda plenamente la necesidad, señalada por los Estados Miembros, de acelerar los esfuerzos para ejecutar la *Política en materia de igualdad de género* dentro de sus áreas de trabajo estratégicas actuales. La igualdad de género está incluida en las áreas programáticas prioritarias de la Oficina, con su correspondiente presupuesto básico. Asimismo, la Oficina propone líneas estratégicas de acción ampliadas dentro de ese mismo marco, para consolidar aún más los compromisos colectivos y brindar apoyo a los países; para responder a la evolución de los contextos mundiales y regionales, así como para fomentar nuevos mecanismos de presentación de informes introducidos por el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, con el acuerdo pleno de los Estados Miembros:

- a) **Realizar investigaciones y aplicar metodologías innovadoras** para abordar las inequidades por razón de género en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, que es explícita en su enfoque equitativo y centrado en las personas, para prestar servicios integrales que satisfagan las necesidades diferenciadas de género.
- b) **Generar evidencia específicamente relevante para el sector y análisis de género para la incidencia política** en la formulación de políticas y programas verticales, horizontales e intersectoriales, así como su ejecución y evaluación.
- c) **Ampliar el marco conceptual y las modalidades** para promover y abordar las identidades de género, incluidos los temas de LGBT y masculinidades (entre otros), y sus vinculaciones con la etnicidad y otros determinantes sociales de la salud.

18. La plena participación de la mayoría de los Estados Miembros en la evaluación es un buen augurio para la Región. La OPS puede estar orgullosa de la *Política en materia de igualdad de género* y del plan de acción para su ejecución en el período 2009–2014, que ha cumplido una función esencial en impulsar la equidad en el sector de la salud y puede contemplarse como un aporte excepcional, tanto para la Región como para el sistema de las Naciones Unidas.

Intervención del Consejo Directivo

19. Al Consejo Directivo se le solicita tomar nota de este informe y formular las recomendaciones sobre las líneas estratégicas de acción complementarias que se proponen para el período 2015-2019.

Anexo

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género [Internet]. 46.º Consejo Directivo de la OPS, 57.ª Sesión del Comité regional; 26 al 30 de septiembre del 2005; Washington (DC): OPS; 2005 (resolución CD46.R16) [consultado el 23 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/gov/cd/cd46.r16-s.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la aplicación de la política de igualdad de género [Internet]. 49.º Consejo Directivo de la OPS, 61.ª sesión del Comité Regional; 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R12) [consultado el 23 de febrero del 2015]. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Esp.\).pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Esp.).pdf)
3. World Health Organization. WHO evaluation practice handbook [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [consultado el 23 de febrero del 2015]. Disponible en inglés en: [htmytp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf)
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la aplicación de la política de igualdad de género, informe provisional [Internet]. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª Sesión del Comité regional; 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington (DC). Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2012 (documento CSP28/INF/3) [consultado el 19 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18760&Itemid=270&lang=es
5. Pan American Health Organization. Virtual course on gender and health: awareness, analysis and action [Internet]. Washington, D.C.: OPS [consultado el 19 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en : <http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=115>
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 [Internet]. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª sesión del Comité regional; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado el 23 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=es
7. United Nations. Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Advancing gender equality and women's empowerment: an assessment for gender mainstreaming in UN operational activities for development [Internet] Nueva York: UN WOMEN; 2012 [consultado el 19 de marzo del 2015]. Disponible en inglés en: http://www.un.org/esa/coordination/pdf/qcpr_final_report_6-15.pdf

8. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª Sesión del Comité regional; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 (resolución CD53.R14) [consultado el 19 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27597&Itemid=270&lang=es

Anexo

Cuadro 1. Programas nacionales seleccionados de los Estados Miembros de la OPS que incorporaron enfoques sensibles a las cuestiones de género, 2014

Estado Miembro	Violencia de género	Enfermedades no transmisibles	Salud sexual y reproductiva	VIH	Salud mental	
1. Anguila	No	No	No	No	No	
2. Argentina	Sí	No	Sí	Sí	No	
3. Bahamas	No	No	No	Sí	No	
4. Barbados	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
5. Belice	Sí	No	Sí	No	No	
6. Bolivia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
7. Brasil	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
8. Canadá	Sí	Sí	No	Sí	Sí	
9. Colombia	Sí	No	Sí	Sí	Sí	
10. Costa Rica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
11. Cuba	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
12. Chile	Sí	No	Sí	Sí	Sí	
13. Ecuador	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
14. El Salvador	Sí	No	Sí	Sí	No	
15. Estados Unidos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
16. Guatemala	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
17. Guyana	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
18. Honduras	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
19. Islas Turcas y Caicos	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
20. Jamaica	Sí	No	No	Sí	No	
21. México	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
22. Nicaragua	Sí	Sí	Sí	Sí	No	
23. Panamá	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
24. Paraguay	Sí	No	Sí	Sí	Sí	
25. Perú	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
26. República Dominicana	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
27. Saint Kitts y Nevis	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
28. San Vicente y las Granadinas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
29. Santa Lucía	No	No	Sí	No	No	
30. Suriname	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
31. Uruguay	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
32. Venezuela	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
TOTAL	SÍ	29 (91%)	22 (69%)	28 (88%)	29 (91%)	22 (69%)
	NO	3 (9%)	10 (31%)	4 (12%)	3 (9%)	10 (31%)

Cuadro 2. Departamentos técnicos de la OPS: número y porcentaje de guías con datos desglosados por sexo, edad y grupo étnico, 2009-2014

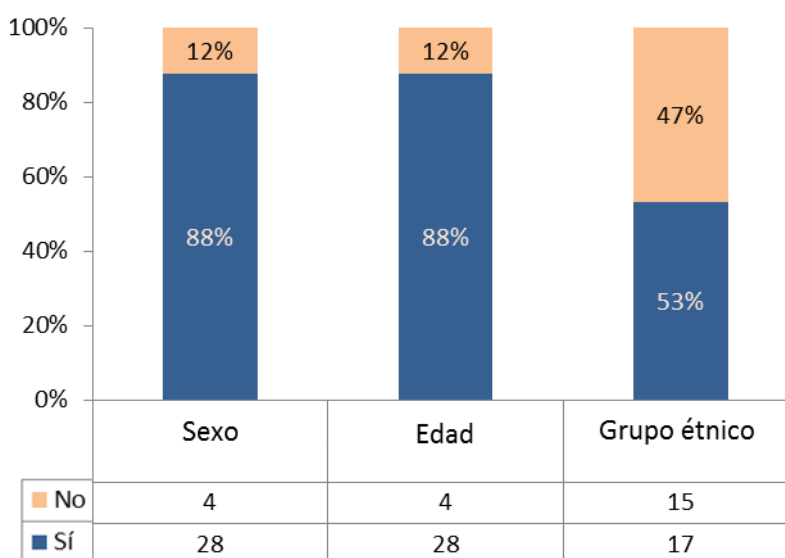
Departamento/programa técnico ^a	Número total de guías	Desglosado por					
		Sexo		Edad		Grupo étnico	
		No.	%	No.	%	No.	%
CHA	16	14	88	14	88	9	56
FGL	18	11	61	10	56	8	44
HSS	26	14	54	12	46	7	27
NMH	24	21	88	21	88	21	88
SDE	1	1	100	1	100	0	0
Total	85	61	72	58	68	45	53

^a Vea el párrafo 4 para los nombres completos.

Fuente: Cuadro preparado por la Unidad de Diversidad Cultural y Género basado en los resultados del cuestionario autoadministrado de los departamentos técnicos.

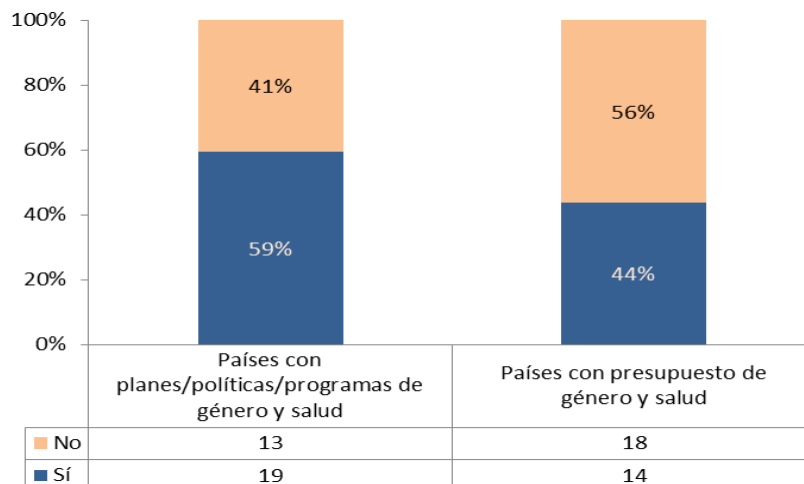
Nota: A pesar de la evidencia concreta de que está aumentando el desglose de los datos por etnicidad, los cambios en la estructura de la Oficina no permitieron la comparación de los informes de mitad de período y finales.

Figura 1. Número y porcentaje de Estados Miembros que informaron tener guías con datos desglosados por sexo, edad y grupo étnico, 2009-2014



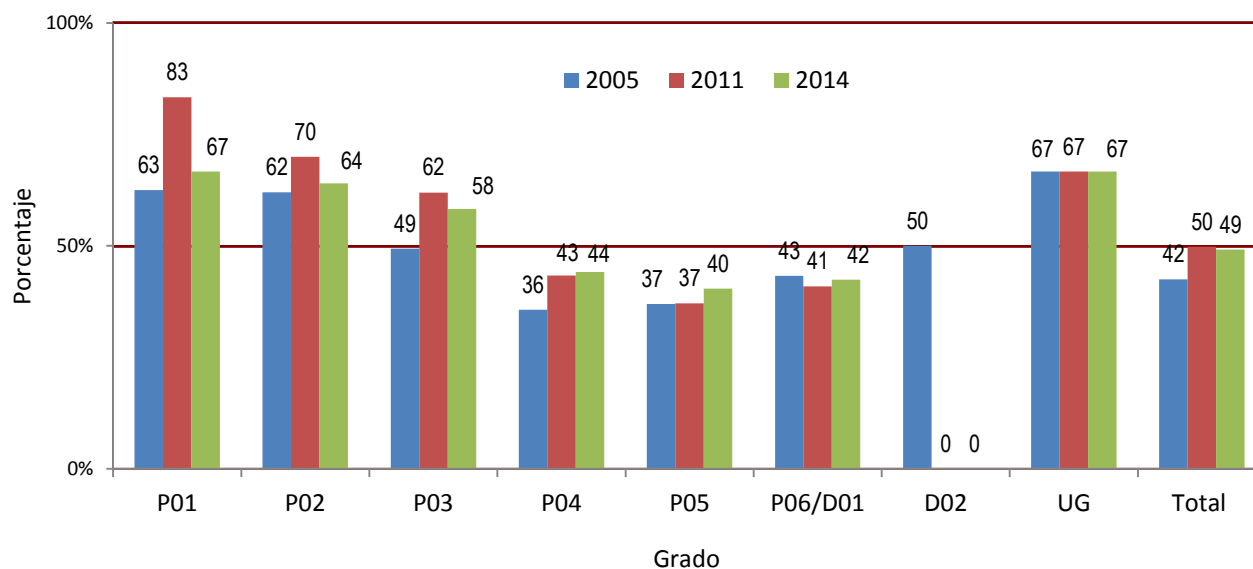
Fuente: Figura preparada por la Unidad de Diversidad Cultural y Género basada en los resultados del cuestionario autoadministrado contestado por los Estados Miembros.

Figura 2. Número y porcentaje de Estados Miembros con planes, políticas o programas de género y salud, y número y porcentaje de Estados Miembros con presupuestos de género y salud, 2014



Fuente: Figura preparada por la Unidad de Diversidad Cultural y Género basada en los resultados del cuestionario autoadministrado contestado por los Estados Miembros.

Figura 3. Porcentaje de mujeres con respecto al personal total (Oficina Sanitaria Panamericana y oficinas en los países), por grado, 2005, 2011 y 2014



Fuente: Base de datos del Departamento de Gestión de Recursos Humanos de la Oficina Sanitaria Panamericana.

- - -