



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

54º CONSELHO DIRETOR

67ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL DA OMS PARA AS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2015

Tema 7.2 da agenda provisória

CD54/INF/2

10 de julho de 2015

Original: inglês

AVALIAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE IGUALDADE DE GÊNERO E LINHAS ESTRATÉGICAS DE AÇÃO PROPOSTAS

Antecedentes

1. Os Estados Membros aprovaram a Política de Igualdade de Gênero da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1) durante o 46º Conselho Diretor (Resolução CD46.R16 [2005]) e solicitou à Diretora, “dentro dos meios financeiros disponíveis, cumpra com o estabelecido, dentro dos diversos processos de fortalecimento institucional, elabore, para a execução da Política de Igualdade de Gênero, um plano de ação que inclua um sistema de monitoramento do desempenho e de responsabilização” (1).
2. O Plano de Ação solicitado, aprovado pelos Estados Membros em 2009 (Resolução CD49.R12) (2), fornece um guia para a execução da Política de Igualdade de Gênero, com indicadores específicos para o monitoramento do progresso no alcance dos objetivos do Plano de Ação. Entre eles, assegurar liderança e propriedade das considerações de igualdade de gênero dentro, e em todos os níveis, da Repartição Sanitária Pan-Americana (a Repartição) e em toda a Região das Américas (a Região), dentro da estrutura do mandato mais amplo da OPAS de alcançar a equidade e “Saúde para todos”.
3. O Plano requer que a Diretora informe o progresso realizado na Região quanto à sua execução. Um relatório trimestral de progresso descrevendo os avanços e os desafios foi apresentado ao Conselho Diretor em 2012. Para preparar este relatório de avaliação¹ relativo a todo o período (2009–2014), a Diretora designou a Unidade de Gênero e

¹ Este exercício de avaliação não satisfaz os critérios padrão para as avaliações externas. Portanto, neste documento, o termo “avaliação” é usado para denotar uma mensuração dos “avanços progressivos” no alcance das metas do Plano de Ação, no contexto dos compromissos evolutivos dos Estados Membros e da Repartição e com um entendimento expresso das limitações da metodologia de autoavaliação usada na coleta dos dados.

Diversidade Cultural da Repartição para coordenar a coleta e a análise das informações, com a plena participação de outras áreas da Repartição, assim como dos países e territórios da OPAS.

4. Os dados foram coletados em outubro e novembro de 2014 por meio de questionários autoadministrados fornecidos a todos os países e territórios; 32 de 48 responderam. Infelizmente, na ocasião, alguns países do Caribe Oriental e territórios britânicos ultramarinos, além do Haiti, Porto Rico e Trinidad e Tobago, não conseguiram fornecer dados. Para facilitar a coleta de dados, os ministérios da Saúde, com o apoio da OPAS, consultaram diversos parceiros, inclusive representantes da sociedade civil e organismos das Nações Unidas (ONU). Dados também foram coletados de quatro departamentos técnicos da Repartição (Sistemas e Serviços de Saúde [HSS], Doenças Não Transmissíveis e Saúde Mental [NMH], Doenças Transmissíveis e Análise de Saúde [CHA] e Família, Gênero e Curso de Vida [FGL]; do Programa Especial de Desenvolvimento Sustentável e Equidade em Saúde [SDE] e de dois outros departamentos com funções relacionadas (Gestão de Recursos Humanos e Planejamento e Orçamento). Os questionários respondidos enviados foram as fontes de dados dos Estados Membros e da Repartição. O relatório consolidado será amplamente divulgado para promover a incorporação da igualdade de gênero nas ações de saúde futuras na Região.

5. O Plano se escora na premissa básica de que a igualdade de gênero em saúde é um produto da integração de gênero no setor da saúde quando se operacionaliza conjuntamente com outros fatores favoráveis dentro de uma estrutura de desenvolvimento tendo como elemento central a equidade em saúde. A avaliação apresentada neste documento expõe as conquistas e os desafios na Região. Destacam-se as realizações especiais assim como as dificuldades persistentes. Dado o alcance da avaliação, e o enfoque metodológico usado, os resultados aqui apresentados não têm o propósito de representar o impacto dos esforços para alcançar a igualdade de gênero em saúde com o Plano de Ação, no entanto, eles constituem uma medida concreta de como os dados, as políticas e os programas estão transformando as práticas de saúde de forma a produzirem com o tempo um impacto sustentável (3). O Plano se organiza em quatro áreas estratégicas (desagregação de dados, capacitação, participação da sociedade civil e monitoramento e avaliação), sendo que todas possuem indicadores específicos para o monitoramento do progresso.

Atualização sobre o progresso

6. **Integração da igualdade de gênero no setor da saúde:** praticamente 80% dos países e territórios informaram que os planos e as políticas de gênero fornecem uma estrutura apropriada para incorporar a perspectiva de gênero em saúde. Muitos países informaram que vários dos seus programas de saúde definiram estratégias de gênero e, portanto, foram bem mais além das referências iniciais à saúde sexual e reprodutiva ou violência doméstica. Seis de 32 Estados Membros (20%) informaram processos nacionais para avaliar e contemplar a assistência de saúde não remunerada em domicílio (sobretudo prestada por mulheres) e 22 (69%) afirmaram que usaram enfoques de gênero

em programas de doenças não transmissíveis e saúde mental (Tabela 1 do Anexo). Um total de 10 países e territórios (Barbados, Bolívia, Canadá, Chile, México, Nicarágua, Paraguai, Ilhas Turcas e Caicos, Estados Unidos e Uruguai) haviam implantado uma política de paridade de pessoal até 2014, comparado a um país (Cuba) em 2011 (4). Dado o significativo impacto do grau de equidade de gênero na cultura organizacional interna ao nível de equidade de gênero em política e programação, trata-se de uma conquista importante.

7. **Desagregação de dados:** a desagregação de dados por sexo e por outras variáveis determinantes sociais é um componente fundamental da integração da perspectiva de gênero porque dá visibilidade às desigualdades de gênero e possibilita aos pesquisadores criar uma base de evidências para fundamentar intervenções que contribuem para reduzir as iniquidades em saúde nas populações afetadas. Os Estados Membros e a Repartição informaram progresso significativo na desagregação dos dados de saúde (Tabela 2). Foram feitos avanços indiscutíveis na análise de dados desagregados e no uso destes dados no planejamento e programação sistemáticos com uma perspectiva de gênero, principalmente ao nível nacional (Figura 1), mas ainda é necessário avançar mais nesta área. Durante o período de avaliação (2009–2014), a Repartição desenvolveu diversas ferramentas para os responsáveis por treinamento e os usuários das informações em saúde para a integração do gênero e perspectivas interculturais nos sistemas de informação em saúde. O compêndio bienal de indicadores regionais para gênero e saúde publicado pela Repartição foi comprovadamente útil em facilitar os esforços dos Estados Membros e é uma ferramenta de referência útil que complementa os reconhecidos dados básicos de saúde da OPAS.

8. **Capacitação em gênero e saúde:** praticamente todos os Estados Membros conduzem capacitação em gênero e saúde, embora não de forma sistemática (18 de 32 informaram terem módulos de treinamento ou outros recursos para capacitação). Entre as atividades realizadas pelos Estados Membros e pela Repartição estiveram cursos presenciais e virtuais e iniciativas especializadas de formação em saúde e gênero. Versões adaptadas destes cursos foram usadas na Argentina, Chile, El Salvador e México e em 13 países e territórios de língua inglesa no Caribe (Anguila, Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Ilhas Virgens Britânicas, Dominica, Granada, Guiana, Jamaica, Santa Lúcia, Suriname e Trinidad e Tobago) (5). Os Estados Membros solicitaram apoio técnico contínuo nesta área, assim como a ampliação a áreas temáticas emergentes como identidades de gênero, como LGBT e masculinidades,² entre outros, e o aperfeiçoamento de mecanismos mais específicos de integração da perspectiva de gênero como análise de dados, monitoramento e avaliação e promoção de causa política. Dentro da Repartição, a capacitação em gênero e saúde tem sido realizada de forma menos consistente desde o relatório intermediário, embora novas áreas como NMH e SDE tenham informado avanços significativos na formação do pessoal.

² O termo “masculinidades” (no plural) se refere às diversas identidades de gênero e diferentes expressões contextuais da masculinidade reconhecida pelas Nações Unidas e, cada vez mais, dentro e fora do setor da saúde.

9. **Participação da sociedade civil:** cada vez mais, os Estados Membros contam com a participação da sociedade civil e de outros parceiros na elaboração de programas e planos nacionais de saúde. Muitos Estados Membros informaram iniciativas com esses grupos, em diversos programas. Por exemplo, 59% informaram presidirem ou participarem de observatórios locais ou nacionais de igualdade de gênero. A Repartição participa desses observatórios e continua trabalhando com muitos parceiros na Região, como a Rede de Saúde das Mulheres Latino-americanas e do Caribe (RSMLAC), associações indígenas e de afrodescendentes, mecanismos interinstitucionais do sistema das Nações Unidas e a comunidade acadêmica. Porém, os Estados Membros informaram que é um desafio sustentar essas relações e manter agendas compartilhadas. Ao nível da Repartição, está prevista uma análise do Grupo Técnico Assessor em Igualdade de Gênero e Saúde para dar aporte à formulação de orientações estratégicas futuras, com base em parte nas conclusões da avaliação aqui apresentada e nos compromissos previstos segundo o mandato da agenda de desenvolvimento pós-2015.

10. **Igualdade de gênero no monitoramento da saúde:** as conclusões dos relatórios dos Estados Membros sobre os mecanismos institucionais para incorporar a perspectiva de gênero em saúde foram ambíguas. Embora os encarregados com responsabilidades relacionadas à igualdade de gênero no setor da saúde tenham informado recursos insuficientes em termos de pessoal e orçamento, foi observado progresso significativo com relação a políticas, planos e o uso de dados. O percentual de Estados Membros com planos e políticas de gênero e saúde aumentou de 47% em 2011 a 59% em 2014, e o percentual com orçamentos de gênero e saúde aumentou de 39% a 44% durante o mesmo período (Figura 2). Porém, o financiamento para as atividades de integração da perspectiva de gênero dependeu em grande parte de subvenções e de outros orçamentos não ordinários. A necessidade de pessoal institucionalizado, políticas e planos e orçamentos sustentáveis e regulares não pode ser subestimada, sobretudo no contexto de cenários macroeconômicos em transição e reformas no setor da saúde. Além disso, somente 20% dos Estados Membros que responderam o questionário informaram realizar monitorar ativamente os compromissos do próprio setor da saúde para a integração da perspectiva de gênero.

11. **Outras oportunidades emergentes para o avanço da equidade de gênero em saúde:** os mecanismos intergovernamentais sub-regionais são cada vez mais importantes para promover a integração da perspectiva de gênero em saúde. Os Estados Membros, a Repartição e os seus parceiros deram mais impulso às agendas nacionais e regionais de saúde que promovem metas políticas e técnicas de igualdade de gênero ao: *a)* formar comissões intergovernamentais e fazer declarações de alto nível³ e *b)* facilitar a

³ Exemplos:

- Declaração do Panamá: A Promise Renewed for the Americas: Reducing Inequities in Reproductive, Maternal, and Child Health. Conferência “Uma promessa renovada para as Américas”; 10 a 12 de setembro de 2013, Cidade do Panamá (Panamá). Disponível em espanhol em: <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/wp-content/uploads/2013/09/Panama-Declaration-final.pdf>
- Declaração de Honduras: “Alliance to Prevent Adolescent Pregnancy”. Tegucigalpa (Honduras), 2014. Disponível em espanhol sob solicitação.

colaboração técnica em gênero e saúde entre as sub-regiões. Porém, o nível e a sustentabilidade dos avanços no processo e os resultados da integração da perspectiva de gênero são desiguais entre os Estados Membros, sub-regiões e a Repartição. Ao que parece pode ser diretamente atribuída à presença contínua ou à ausência de estruturas institucionais abrangentes bem posicionadas com recursos suficientes com foco na promoção e no apoio da integração da perspectiva de gênero. A desigualdade nos esforços de integração da perspectiva de gênero pode também ser atribuída a mudanças do ambiente político que não favorecem ou não permitem integração da perspectiva de gênero. Porém, a confirmação dessas correlações requer pesquisa e análise que estão fora do escopo deste relatório.

12. No Plano Estratégico da OPAS 2014–2019 (*Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade*) (6), a equidade de gênero é identificada como um de quatro temas intersetoriais que sustentam a sua execução. É um firme mandato aos Estados Membros e à Repartição para renovarem os esforços de implementar e monitorar o progresso para o alcance das metas da Política de Igualdade de Gênero. Nos Planos de Trabalho Bienais para 2014–2015 das entidades da Repartição, 62% dos 4.030 produtos e serviços estabeleceram vínculos de igualdade de gênero e outros três temas intersetoriais. Durante o ano de 2015 e posteriormente, existe a oportunidade de obter um maior alinhamento com a estrutura de igualdade de gênero da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Plano de Ação para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres das Nações Unidas (7).

13. **Conclusões:** o progresso informado pelos Estados Membros é motivo para o otimismo cauteloso. Estão sendo gerados mais dados de saúde desagregados por sexo e sendo realizadas mais análises da questão de gênero para apoiar o planejamento de saúde equitativo. Os Estados Membros continuam a: *a)* fazer a capacitação em gênero e saúde e *b)* gerar evidência de nível nacional em desigualdades de gênero em saúde (como indicado em documentos de políticas, entre outros). Processos intersetoriais e interprogramáticos que sustentam compromissos de saúde relacionados ao gênero em diversos temas são crescentemente adotados pelo setor da saúde. Com o auxílio da Repartição, os Estados Membros documentaram 18 boas práticas (lições aprendidas sobre a incorporação da perspectiva de gênero em saúde, selecionadas de mais de 75 registros). Porém, o progresso é desigual e, embora o aumento da alocação orçamentária a atividades de gênero e saúde seja um indicador bem-vindo e tangível do progresso para a institucionalização, existem ainda desafios no financiamento e persistem muitos obstáculos ocultos, recorrentes e estruturais à integração madura e sustentável da perspectiva de gênero tanto no setor da saúde como na Repartição.

-
- Resolução da Comunidade Andina sobre produção e informe de indicadores de gênero em saúde. Comunidade Andina. Publicação Oficial Resolução 1468. Manual on producing and reporting gender indicators on health; 2012. Disponível em espanhol em: <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/Gacetas/Gace2049.pdf>

14. Os Estados Membros defendem firmemente a colaboração contínua e fortalecida da Repartição em gênero e saúde, como uma resposta temática específica e como parte das prioridades mais amplas de cooperação técnica em todas as áreas de trabalho. Atenção renovada é necessária para integração da perspectiva de gênero nos processos de planeamento locais, monitoramento e avaliação, evidências para a defesa política da causa e compromisso com áreas temáticas emergentes relacionadas à igualdade de gênero, por exemplo, paridade entre os sexos no quadro de pessoal (Figura 3).

Ação necessária para melhorar a situação

15. **Recomendações:** a Diretora está esperançosa e permanece atenta ao empenho por parte dos Estados Membros e da Repartição para contemplar os obstáculos ao acesso universal à saúde e cobertura universal em saúde na Região (8). Nem a Repartição nem os Estados Membros ficam incólumes às desigualdades contextuais globais na Região, que podem ser exacerbadas no setor da saúde quando o gênero, o grupo étnico e os direitos humanos não são levados em consideração. Embora as realizações apresentadas sejam muito bem vindas, o progresso desigual não pode ser negligenciado. Em 2012, os Estados Membros identificaram a necessidade de um compromisso político e técnico renovado dos ministérios da Saúde e governos de institucionalizar as respostas à Política de Igualdade de Gênero.

16. Dada esta necessidade, a Repartição recomenda:

- a) reafirmar a Política de Igualdade de Gênero;
- b) redobrar os esforços para sua implementação usando as áreas estratégicas existentes;
- c) criar novas funções de liderança para trabalhar nas prioridades para a equidade de gênero em saúde;
- d) dar mais atenção a equipar os escritórios e o pessoal de assuntos de gênero nos ministérios da saúde para alcançar essas metas, e
- e) fornecer atualizações do progresso pelos canais existentes nos Estados Membros e Órgãos Diretivos.

17. **Linhas estratégicas de ação 2015–2019:** a avaliação do Plano de Ação para a Implementação da Política de Igualdade de Gênero proporcionou uma oportunidade única de avaliar e analisar as necessidades percebidas na Região e validar as prioridades para colaboração futura na integração da perspectiva de gênero em saúde. A Repartição respalda plenamente a necessidade, identificada pelos Estados Membros, de acelerar os esforços para implementar a Política de Igualdade de Gênero nas áreas estratégicas de trabalho existentes. A igualdade de gênero está incluída nas áreas do programa prioritárias da Repartição, com o orçamento básico correspondente. Além disso, a Repartição propõe linhas estratégicas de ação ampliadas dentro desta mesma estrutura para consolidar ainda mais os compromissos coletivos e o apoio aos países, responder aos contextos global e regional em transição e estimular novos mecanismos de notificação

introduzidos pelo Plano Estratégico da OPAS 2014–2019, com concordância plena dos Estados Membros:

- a) **Realizar pesquisa e empregar metodologias inovadoras** para combater as desigualdades de gênero dentro da estrutura da Estratégia de Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal em Saúde, que é explícita no seu enfoque equitativo centrado na pessoa de prestar serviços integrados para atender as necessidades diferenciadas de gênero.
- b) **Gerar evidências específicas do setor e análise de gênero para a promoção política da causa** na formulação, implementação e avaliação de políticas verticais, horizontais e intersetoriais.
- c) **Ampliar a estrutura e modalidades conceituais** para promover e contemplar as identidades de gênero, como LGBT e masculinidades (entre outros), e seus vínculos com grupo étnico e outros determinantes sociais da saúde.

18. A participação plena da maioria dos Estados Membros na avaliação é um bom augúrio para a Região. A OPAS pode se orgulhar da Política de Igualdade de Gênero e do Plano de Ação para sua implementação em 2009–2014, que foram cruciais para impulsionar a agenda de equidade para o setor da saúde e podem ser vistos como uma formidável contribuição tanto à Região quanto ao sistema das Nações Unidas.

Ação pelo Conselho Diretor

19. Solicita-se que o Conselho Diretor tome nota deste relatório e faça recomendações sobre outras linhas estratégicas de ação propostas para o período 2015–2019.

Anexo

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Política de Igualdade de Gênero da OPAS [Internet]. 46º. Conselho Diretor da OPAS, 57ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 26 a 30 de setembro de 2005; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2005 (Resolução CD46.R16) [consultado em 23 de fevereiro de 2015]. Disponível em: <http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd46.r16-p.pdf>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de ação para a aplicação da política de igualdade de gênero [Internet]. 49º. Conselho Diretor da OPAS, 61ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 28 de setembro a 2 de outubro de 2009; Washington, (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2009 (Resolução CD49.R12) [consultado em 23 de fevereiro de 2015]. Disponível em:

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3161&Itemid=
3. Organização Mundial da Saúde. WHO evaluation practice handbook [Internet]. Genebra: OMS; 2013. [consultado em 23 de fevereiro de 2015]. Disponível em inglês em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf
 4. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a Execução da Política de Igualdade de Gênero, relatório intermediário [Internet]. 28ª. Conferência Pan-Americana de Saúde, 64ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington, (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2012 (Documento CSP28/INF/3) [consultado em 10 de março de 2015]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=18422&Itemid=&lang=pt
 5. Organização Pan-Americana da Saúde. Virtual course on gender and health: awareness, analysis and action [Internet]. Washington (DC): OPAS [consultado em 19 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
<http://cursos.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=115>
 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019 [Internet]. 52º. Conselho Diretor da OPAS, 65ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 30 de setembro a 4 de outubro de 2013; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2013 (Documento oficial 345) [consultado em 23 de fevereiro de 2015]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=23127&Itemid=270&lang=pt
 7. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Advancing gender equality and women's empowerment: an assessment of gender mainstreaming in UN operational activities for development [Internet]. New York: UN WOMEN; 2012 [consultado em 19 de março de 2015]. Disponível em inglês em:
http://www.un.org/esa/coordination/pdf/qcpr_final_report_6-15.pdf
 8. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde [Internet]. 53º. Conselho Diretor da OPAS, 66ª. Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 29 de setembro a 3 de outubro de 2014; Washington (DC), EUA. Washington (DC): OPAS; 2014 (Resolução CD53.R14) [consultado em 19 de março de 2015]. Disponível em:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&id=27598&Itemid=270&lang=pt

Tabela 1. Programas nacionais selecionados dos Estados Membros da OPAS que incorporaram enfoques com perspectiva de gênero, 2014

Estado Membro	Violência de gênero	Doenças não transmissíveis	Saúde sexual e reprodutiva	HIV	Saúde mental	
1. Anguila	Não	Não	Não	Não	Não	
2. Argentina	Sim	Não	Sim	Sim	Não	
3. Bahamas	Não	Não	Não	Sim	Não	
4. Barbados	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
5. Belize	Sim	Não	Sim	Não	Não	
6. Bolívia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
7. Brasil	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	
8. Canadá	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	
9. Chile	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	
10. Colômbia	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	
11. Costa Rica	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
12. Cuba	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
13. El Salvador	Sim	Não	Sim	Sim	Não	
14. Equador	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
15. Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
16. Guatemala	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
17. Guiana	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	
18. Honduras	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
19. Ilhas Turcas e Caicos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
20. Jamaica	Sim	Não	Não	Sim	Não	
21. México	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
22. Nicarágua	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	
23. Panamá	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
24. Paraguai	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	
25. Peru	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
26. República Dominicana	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
27. Santa Lúcia	Não	Não	Sim	Não	Não	
28. São Cristóvão e Nevis	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
29. São Vicente e Granadinas	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
30. Suriname	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
31. Uruguai	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
32. Venezuela	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	
TOTAL	SIM	29 (91%)	22 (69%)	28 (88%)	29 (91%)	22 (69%)
	NÃO	3 (9%)	10 (31%)	4 (12%)	3 (9%)	10 (31%)

Tabela 2. Departamentos técnicos da OPAS: número e percentual de diretrizes com dados desagregados por sexo, idade e grupo étnico, 2009-2014

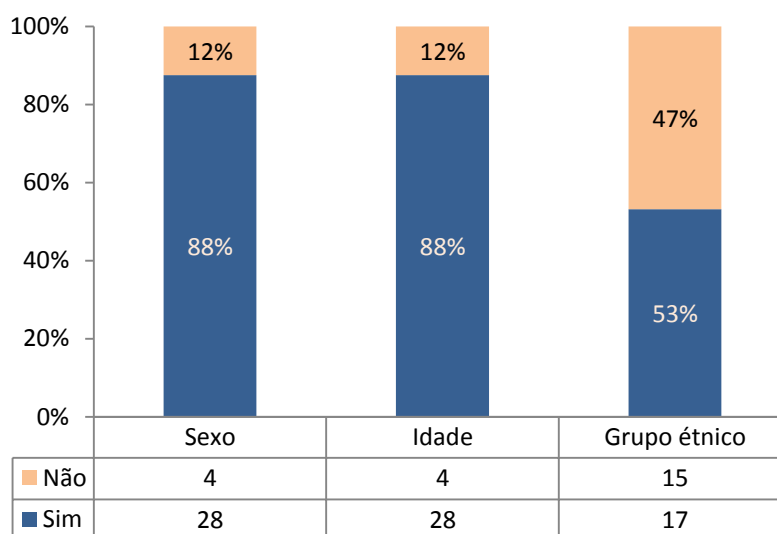
Departamento técnico/ programa ^a	Número total de diretrizes	Desagregado por					
		Sexo		Idade		Grupo étnico	
		No.	%	No.	%	No.	%
CHA	16	14	88	14	88	9	56
FGL	18	11	61	10	56	8	44
HSS	26	14	54	12	46	7	27
NMH	24	21	88	21	88	21	88
SDE	1	1	100	1	100	0	0
Total	85	61	72	58	68	45	53

^a Ver parágrafo 4 para os nomes completos dos departamentos.

Fonte: Tabela elaborada pela Unidade de Gênero e Diversidade Cultural com base nos resultados do questionário autoadministrado nos departamentos técnicos.

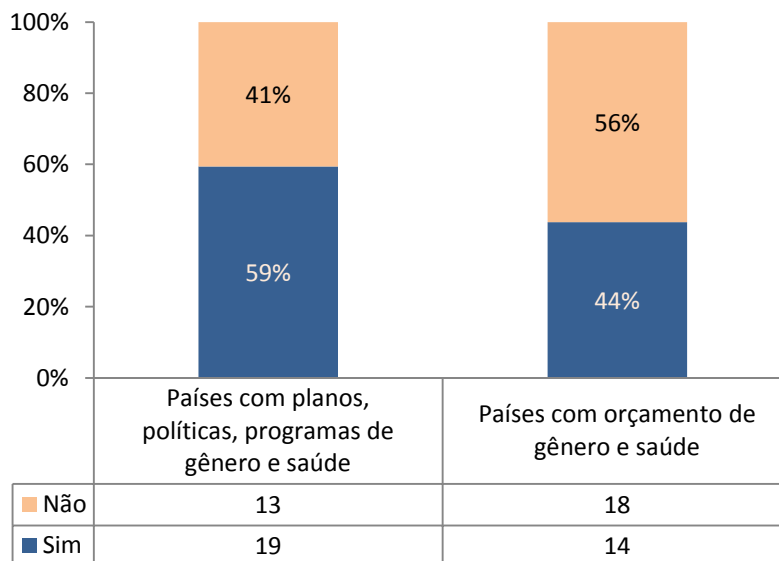
Obs.: Apesar da constatação de que há aumento da desagregação de dados por grupo étnico, as mudanças na estrutura da Repartição não permitiram comparar os relatórios intermediário e final.

Figura 1. Número e percentual de Estados Membros que informaram ter diretrizes com dados desagregados por sexo, idade e grupo étnico, 2009–2014



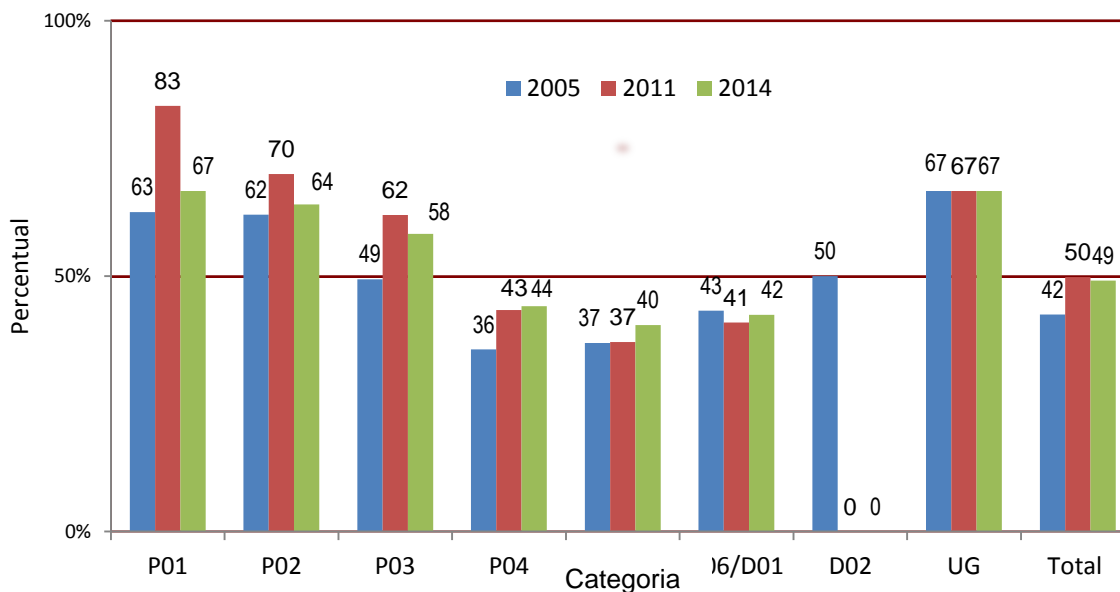
Fonte: Figura elaborada pela Unidade de Gênero e Diversidade Cultural com base nos resultados do questionário autoadministrado nos Estados Membros.

Figura 2. Número e percentual de Estados Membros com planos, políticas ou programas de gênero e saúde, e número e percentual de Estados Membros com orçamentos de gênero e saúde, 2014



Fonte: Figura elaborada pela Unidade de Gênero e Diversidade Cultural com base nos resultados do questionário autoadministrado nos Estados Membros.

Figura 3. Mulheres como percentual do quadro total de pessoal (sede da RSPA e representações nos países), por categoria, 2005, 2011 e 2014



Fonte: Base de dados da Gestão de Recursos Humanos da RSPA.

- - -