



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



128ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., E.U.A., 25-29 junho 2001

Tema 3.2 da Agenda Provisória

CE128/6 (Port.)
17 abril 2001
ORIGINAL: INGLÊS

RELATÓRIO DA 19ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ SOBRE A MULHER, A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

O Diretor tem a satisfação de submeter ao Comitê Executivo o Relatório Final da 19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, do Comitê Executivo, realizada na Sede da OPAS de 12 a 14 de março de 2001.

A Sessão contou com a presença de representantes dos Membros do Subcomitê eleitos pelo Comitê Executivo ou nomeados pelo Diretor: Belize, Canadá, Chile, Cuba, Nicarágua e Estados Unidos da América. A Venezuela não se fez representar. Também se encontravam presentes observadores do Brasil, da França, do México, do Peru e do Reino Unido, bem como representantes de organizações intergovernamentais e não-governamentais.

Foram eleitos para fazer parte da mesa da 35ª Sessão a Sra. Mariángeles Argüello, da Nicarágua, para a Presidência da Sessão; a Sra. Lynne Dee Sproule, do Canadá, para a Vice-Presidência, e a Sra. Arelys Santana Bello, de Cuba, para o cargo de Relatora. A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordenadora do Programa a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) atuou como Secretária Técnica.

Durante as Sessões, o Subcomitê discutiu os seguintes temas:

- Relatório sobre os sucessos do Programa da OPAS sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, 1999-2000
- Análise e monitorização de equidade na saúde e no desenvolvimento baseada no gênero: por que e como
- Experiências com a análise e a monitorização de equidade baseada no gênero na saúde e no desenvolvimento: Equador, México e agências das Nações Unidas

- Experiências com a inclusão de indicadores da violência baseada no gênero nas informações de saúde e nos sistemas de monitorização
- Produção, análise e disseminação de informações da OPAS sobre a saúde, desdobradas por sexo.

Após longos debates, o Subcomitê preparou uma série de recomendações que enviou ao Comitê Executivo com a solicitação de que o Comitê Executivo as estude e transmita ao Diretor e aos Ministros de Saúde.

No último dia da Sessão, os Membros do Subcomitê reuniram-se com os Membros do Subcomitê de Planejamento e Programação numa sessão em que foram discutidos os temas de saúde mental e controle do tabaco.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



19ª SESSÃO DO SUBCOMITÊ DO COMITÊ EXECUTIVO SOBRE A MULHER, A SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO

Washington, D.C., EUA, 12 al 14 de março de 2001

MSD19/FR (Port.)
14 março 2001
ORIGINAL: ESPANHOL

RELATÓRIO FINAL

INDICE

	<i>Página</i>
Abertura da Sessão.....	3
Eleição da mesa diretora	3
Aprovação da agenda e do programa de sessões	4
Apresentação e discussão dos temas	4
Relatório sobre os sucessos do Programa da OPAS sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, 1999-2000	4
Análise e monitorização de equidade na saúde e no desenvolvimento com base no gênero: Por que e como	8
Experiências com a inclusão de indicadores da violência em razão de gênero em sistemas de informação e monitorização de saúde	10
Produção, análise e disseminação de informações de saúde da OPAS, desdobradas por sexo	15
Experiências com análise e monitorização de equidade baseada no gênero na saúde e no desenvolvimento	16
Outros assuntos	24
Apresentação de recomendações do Subcomitê ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana	24
Encerramento da Sessão	27
Anexo A: Agenda	
Anexo B: Lista dos documentos	
Anexo C: Lista de participantes	

RELATÓRIO FINAL

A 19ª Sessão do Subcomitê sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, do Comitê Executivo, realizou-se na Sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em Washington, D.C., de 12 a 14 de março de 2001.

A sessão contou com a presença de representantes dos seguintes Membros do Subcomitê, eleitos pelo Comitê Executivo ou nomeados pelo Diretor de conformidade com os Termos de Referência do Subcomitê: Belize, Canadá, Chile, Cuba, Nicarágua e Estados Unidos da América. A Venezuela não se fez representar. Também encontravam-se presentes observadores do Brasil, da França, do México, do Peru e do Reino Unido. Também participaram Representantes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de organizações intergovernamentais e não-governamentais.

Eleição da mesa diretora

Foram eleitos para fazer parte da mesa diretora do Subcomitê, durante sua 19ª Sessão, os seguintes Governos Membros:

<i>Presidente:</i>	Nicarágua	(Sra. Mariángeles Argüello)
<i>Vice-Presidente:</i>	Canadá	(Sra. Lynne Dee Sproule)
<i>Relatora:</i>	Cuba	(Sra. Arelys Santana Bello)

Sir George Alleyne (Diretor, Repartição Sanitária Pan-Americana) atuou como Secretário ex officio e a Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordenadora, Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento) atuou como Secretária Técnica.

Abertura da Sessão

O Diretor abriu a sessão e deu as boas-vindas aos participantes. Expressou sua satisfação em ver tantos Estados Membros representados. Sua presença era uma indicação do interesse dos países das Américas por questões relacionadas com a mulher, a saúde e o desenvolvimento. Em benefício dos recém-chegados, recapitulou a história do Subcomitê e do Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento da OPAS, observando que seu enfoque inicial tinha sido a situação das mulheres dentro da Organização. Gradativamente, o Programa tinha evoluído e se transformado em um programa amadurecido de cooperação técnica dentro da OPAS, e o Subcomitê tinha tornado-se mais um comitê assessor técnico em assuntos relacionados com equidade baseada no

gênero e com saúde. Embora tivessem proposto mudar a palavra "mulher" para "gênero" nos nomes do Subcomitê e do Programa de modo a refletir esse novo enfoque, os dois órgãos continuaram a se dedicar principalmente a questões relacionadas com a mulher, porquanto a Organização mantinha que as mulheres continuavam a ser muito mais afetadas do que os homens pela discriminação baseada no gênero, uma manifestação clamorosa da iniquidade que levou às desigualdades na situação da saúde.

Nos últimos anos, uma das principais prioridades do Programa tem sido aumentar a disponibilidade de dados, desdobrados por gênero, uma vez que tais dados eram essenciais para a identificação das iniquidades que indicariam onde estas ocorriam e tomar providências para eliminá-las. A violência contra a mulher — outra manifestação séria de iniquidade baseada no gênero — também foi uma consideração importante. O Subcomitê examinaria ambas questões.

O Dr. Alleyne concluiu seus comentários iniciais observando que fazia vários anos desde que o Comitê Executivo e o Conselho tinham tido oportunidade para debater questões de discriminação devida ao gênero e equidade baseada no gênero em seu relacionamento com a saúde. Sugeriu que, em suas recomendações, o Subcomitê talvez quisesse propor aos Estados Membros a inclusão de tais tópicos como tema nas agendas dos Órgãos Diretores em 2002.

Aprovação da agenda e do programa de sessões (Documentos MSD19/1 e MSD19/WP/1)

De conformidade com o Artigo 2 do Regulamento Interno, o Subcomitê aprovou a agenda provisória preparada pela Secretaria e um programa de sessões.

Apresentação e discussão dos temas

Relatório sobre os sucesos do Programa da OPAS sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, 1999-2000 (Documento MSD19/3)

A Dra. Marijke Velzeboer-Salcedo (Coordenadora, Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) apresentou uma resenha da situação das mulheres e questões de equidade na Região e examinou os logros do Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento (MSD) durante o período 1999-2000 nas seguintes áreas:

Modelo integrado para lidar com a violência dentro da família

O modelo, criado pelo Programa MSD, em colaboração com contrapartes nacionais e os Governos da Suécia, Noruega e Holanda, fora implementado em 10 países,

e o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) o havia copiado em outros seis países. O objetivo do modelo era identificar as ações, ou o "caminho crítico" seguido pelas mulheres para escapar de situações violentas a fim de estabelecer, a seguir, uma rede comunitária intersetorial para dar apoio e auxiliar as vítimas da violência intrafamiliar e levar a cabo atividades educacionais e preventivas. Hoje, havia 100 redes comunitárias em funcionamento. Além disso, o Programa publicara uma tradução para o inglês — *Domestic Violence: Women's Way Out* (Violência Doméstica: A Saída para as Mulheres) — do protocolo de pesquisa utilizado nos estudos do caminho crítico, e também desempenhara um papel de liderança na organização do Simpósio 2001: Violência em Razão de Gênero, Saúde e Direitos, programado tentativamente para se realizar de 4 a 7 de junho de 2001, em Cancún México.

Equidade baseada no gênero na reforma do setor da saúde

O Programa estava coordenando seis estudos sobre iniquidade baseada no gênero, no acesso aos serviços de saúde e no financiamento para a assistência à saúde, cujos resultados estavam sendo aguardados para o fim de março de 2001. Ademais, o MSD estava preparando vários instrumentos para habilitar os países a efetuar análise por gênero, defesa e monitorização da situação da saúde e o acesso dos homens e das mulheres aos serviços de saúde. Com o apoio da Fundação Ford, esses instrumentos estavam sendo aplicados em dois países.

Equidade de gênero na qualidade do atendimento

O Programa conduzira pesquisas em seis países que examinaram como as diferenças influenciavam a maneira como os usuários dos serviços de saúde e os provedores de saúde percebiam ser a situação de saúde e de doença. Os resultados estavam sendo incorporados no treinamento do pessoal de saúde na áreas estudadas.

O envolvimento das mulheres indígenas na promoção da saúde, no atendimento à saúde e no treinamento para a saúde

O Programa estava planejando um projeto de quatro anos para promover a equidade intercultural e por gênero na reforma do setor da saúde nos países da América Central, mediante a utilização de um modelo desenvolvido em nove comunidades guatemaltecas. O MSD trabalhara com o Ministério da Saúde e com conselhos de mulheres indígenas na Guatemala para capacitar as mulheres e o pessoal de saúde a utilizar as práticas de assistência médica modernas, as indígenas tradicionais bem como os medicamentos e remédios tradicionais. O projeto seria lançado durante 2001.

O envolvimento dos homens em programas de saúde reprodutiva

O MSD recebera apoio do Governo da Alemanha para realizar pesquisas operacionais em sete países centro-americanos. Primeiro, em quatro países o estudo analisaria o conhecimento, as atitudes e as práticas (CAP), (KAP, em inglês) com respeito a sua saúde reprodutiva e a de suas famílias. Depois, com base nessa informação, seriam criados modelos com vistas a melhorar a maneira de lidar com as necessidades de saúde reprodutiva dos homens.

Incorporação da equidade por gênero no trabalho da OPAS

O mandato mais importante do Programa era dar posição primordial ao gênero em todas as políticas e em todas as atividades de cooperação técnica da OPAS. O Subcomitê orientou sobre como dar cumprimento a esse mandato dentro da OPAS como, também, na cooperação técnica prestada pelo Programa aos Estados Membros. Entre outras atividades, o MSD estava colaborando com várias divisões para incluir indicadores de gênero nos instrumentos da reforma do setor da saúde, para incorporar uma perspectiva de gênero em um projeto sobre o uso de praguicidas na América Central, para desenvolver padrões de saúde ocupacional com sensibilidade para questões de gênero, e para delinear enfoques para problemas de saúde mental que sejam sensíveis a questões de gênero, especialmente a depressão.

Proporcionando informações sobre equidade baseada no gênero

Uma das funções-chave do MSD era proporcionar informações a seus centros de atividades nos países, suas contrapartes nos ministérios de saúde e em escritórios nacionais de mulheres e a outras pessoas e grupos interessados em questões de equidade baseada no gênero na Região. O Programa produzira várias publicações, cópias das quais tinham sido colocadas à disposição do Subcomitê. Mantinha, também um website e um listserve (gensalud@paho.org) que proporcionava informações sobre conferências, estudos, legislações e apoio em questões de equidade baseada no gênero nos países. Ademais, o Programa estava trabalhando para estabelecer vínculos com outros sistemas de informações, incluindo a Biblioteca Virtual de Saúde da OPAS.

Informações adicionais sobre as atividades do Programa nas áreas supracitadas encontram-se no Documento MSD19/3, o qual também oferece sugestões sobre como os Membros do Subcomitê poderiam ajudar o Programa a reforçar a equidade na saúde e no desenvolvimento com base no gênero.

O Subcomitê aplaudiu a agenda de ação ambiciosa do Programa. Foram especialmente elogiadas suas atividades e envolvimento com grupos femininos a nível

local, particularmente de grupos indígenas. Destacou-se a diferença do impacto da violência em homens e mulheres. Foi observado que, além de outros problemas mencionados na introdução do documento, nos países em que a violência e outras causas externas eram as principais causas de morte, a disparidade de expectativa de vida entre homens e mulheres estava aumentando e mais mulheres estavam terminando viúvas, mais pobres e com uma carga mais pesada para suportar. Além do mais, a "feminização do HIV" era um fenômeno crescente em muitos países, já que os índices de infecção cresciam mais rapidamente entre as mulheres do que entre os homens.

Foram solicitadas informações mais específicas sobre o modelo integrado para lidar com a violência dentro da família, especialmente sua capacidade de reprodução, seu impacto em termos de reduzir a violência com base no gênero nos países e a estratégia da OPAS para manter os grupos comunitários de apoio mencionados no documento. Fizeram-se também perguntas sobre o sucesso da iniciativa para incluir critérios de equidade baseada no gênero na análise da situação nacional da saúde e na formulação de políticas e a incorporação de um componente de política nos estudos sobre iniquidades com base no gênero no acesso aos serviços de saúde e ao financiamento para a atenção à saúde.

A Dra. Velzeboer-Salcedo observou que o documento apresentava somente um breve resumo das atividades do Programa. Seria um prazer para o MSD tornar disponíveis mais informações a qualquer Estado Membro que o desejar. Quanto ao impacto do modelo integrado, o Programa não possuía dados irrefutáveis para provar se houve ou não uma diminuição da violência em consequência da aplicação do modelo. Esperava-se que uma avaliação, ou "revisão das melhores práticas", programada para junho de 2001, fornecesse melhores informações a esse respeito, embora seu produto principal seriam informações qualitativas e não quantitativas, obedecendo ao objetivo primordial do modelo, que era melhorar o atendimento e os serviços sendo prestados às vítimas de violência doméstica. O Programa esperava com otimismo que os sistemas de vigilância da violência dentro da família, em operação em alguns países, proporcionasse informações sobre a extensão do problema que fossem úteis para a formulação de políticas e programas. O estudo sobre a saúde da mulher e a violência doméstica, realizado em múltiplos países pela OMS, embora só fosse incluir dois países das Américas, também geraria dados sobre sua prevalência, e os protocolos de tal estudo talvez pudessem ser adaptados e aplicados em outros países.

Quanto à capacidade do modelo ser reproduzido, há realmente muitos componentes que poderiam ser reproduzidos ou adaptados para seu uso em diferentes países. Com base no estudo das melhores práticas, o Programa estava planejando uma publicação que apresentaria o modelo de tal maneira que os países o poderiam adaptar e ampliar para atender a suas necessidades específicas. O MSD também colocaria à

disposição protótipos das normas e os protocolos elaborados juntamente com o modelo. No que diz respeito aos grupos de apoio comunitários, embora o Programa tivesse prestado algum apoio técnico para sua formação, eles eram, na realidade, fruto das redes comunitárias e não recebiam verbas da OPAS. Por esta razão, seu grau de sustentabilidade variava de uma para outra comunidade.

No que tange a incorporação dos critérios de equidade baseada no gênero na análise e nas políticas de país, a Dra. Velzeboer-Salcedo explicou que a análise, o apoio e os instrumentos de planejamento, criados pelo Programa, seriam testados no Chile e no Peru. O MSD estava trabalhando estreitamente com os ministérios da saúde, com a comissão da reforma do setor da saúde e com outras partes interessadas naqueles países a fim de determinar como obter informações de boa qualidade e como disseminá-las e utilizá-las. Quanto à pesquisa sobre as iniquidades baseadas no gênero para o acesso aos serviços de saúde e seu financiamento, um dos principais objetivos desses estudos era produzir informações que fossem de utilidade para a formulação de políticas e, antes do início da pesquisa, tinha-se providenciado o treinamento de modo a garantir que seus resultados fossem traduzidos em políticas.

O MSD sabia que a feminização do HIV era um problema crescente. No entanto, o Programa não fizera do HIV/AIDS uma de suas áreas de ação prioritárias já que a OPAS tinha um programa devotado especificamente à esta matéria o qual estava aplicando uma perspectiva de gênero em seu trabalho. Quando apropriado, o MSD colaborava com o programa HIV/AIDS. O Programa também estava bastante consciente de que a violência afetava a homens e mulheres de maneiras diferentes, assim como do fato de as mulheres serem mais afetadas pela violência doméstica, enquanto que, com maior frequência, os homens eram vítimas de violência social. O MSD trabalhava estreitamente com o programa da OPAS sobre prevenção da violência e estava indiretamente envolvido com a Coalizão Interamericana para a Prevenção da Violência, formada pela OPAS, a Organização dos Estados Americanos, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Contudo, o principal enfoque do MSD era as mulheres e o impacto que a violência intrafamiliar tinha sobre elas.

Concordando com os comentários da Dra. Velzeboer, o Diretor disse que a Coalizão estava examinando a questão da violência como um todo. O MSD não estava preocupado com todos os aspectos da violência, mas somente com aqueles relacionados com o gênero.

Análise e monitorização da equidade na saúde e no desenvolvimento com base no gênero: Por que e Como (Documento MSD19/4)

A Dra. Elsa Gómez Gómez (Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) apresentou o documento sobre este tema, o qual sintetizava as providências tomadas pelo MSD em resposta à recomendação das 13ª e 14ª Sessões do Subcomitê que demandara a criação de um sistema regional para monitorizar e avaliar a equidade na saúde com base no gênero. O termo "equidade na saúde baseada no gênero" referia-se à eliminação de diferenciação evitável, desnecessária e injusta entre os homens e as mulheres em termos da situação da saúde e seus determinantes, dotação de recursos e disponibilidade de serviços com base em suas necessidades, uso e pagamentos específicos pelo atendimento apropriado, e a participação no trabalho e na tomada de decisão com relação à saúde.

Em cumprimento às recomendações do Subcomitê, executaram-se as seguintes ações: (1) identificação de problemas prioritários e elaboração de indicadores; (2) formação de um grupo assessor interprogramático para o MSD que tivesse orientado a criação de um perfil regional da saúde da mulher e a formulação de uma proposta para o desenvolvimento de mecanismos de monitorização e informação de equidade com base no gênero a ser instituído nos países; (3) obtenção de financiamento parcial para fomentar a capacidade nacional para a análise de situação e monitorização de políticas de reforma da saúde e (4) inclusão de um conjunto básico de indicadores de gênero nos instrumentos utilizados pelo Programa Especial da OPAS sobre a Análise da Situação da Saúde e pela Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde para a análise da situação da saúde e a monitorização dos processos de reforma.

Esta primeira etapa na formulação da proposta para o sistema de informação e monitorização (conhecido por sua sigla em espanhol SIMEGS) fora identificar a natureza da informação necessária para mostrar as disparidades em saúde devidas à iniquidade com base no gênero. O documento listava os tipos de informação a serem coletadas. O plano de ação para a implementação da proposta aspirava primordialmente montar a capacidade para a produção de estatísticas por gênero a nível nacional, já que a Organização não criava seus próprios dados mas dependia de informação compilada pelos Estados Membros. O plano tinha três objetivos principais: a produção de informação orientada à políticas, a comunicação simples e eficiente da informação a audiências-chave no governo e na sociedade civil e a institucionalização da produção, disseminação e monitorização das estatísticas por gênero. As atividades pendentes e as estratégias a serem empregadas na realização do plano de ação e na mobilização de recursos para implementar a proposta achavam-se descritas no documento.

O Subcomitê pronunciou-se favorável à proposta e ao plano de ação e afirmou a importância de se produzir estatísticas por gênero a fim de lidar com as iniquidades na saúde baseadas no gênero. Era de opinião que a proposta proporcionaria a possibilidade de alcançar grandes progressos com respeito à equidade com base no gênero tanto a nível internacional quanto nacional. Por esta razão o Subcomitê instava a OPAS e os Estados Membros a tornar a questão de equidade com base no gênero de alta prioridade. Mencionaram que a equidade baseada no gênero não se tratava somente de justiça social; era condição essencial para os países desenvolverem todo seu potencial. Para esse fim, era crucial haver o compromisso político e o apoio financeiro a nível nacional. Vários delegados também observaram que, embora fosse essencial produzir dados precisos subdivididos, era igualmente importante contar com parâmetros para analisá-los que pudessem revelar iniquidades baseadas no gênero e, depois, formular intervenções para eliminar as iniquidades encontradas.

Vários Membros descreveram os esforços sendo efetuados em seus países para identificar iniquidade na saúde com base no gênero e ofereceram compartilhar suas informações e as experiências de seus países. Destacaram a importância dos intercâmbios e a colaboração entre os países.

A Dra. Gómez estava satisfeita com o fato de o Subcomitê ter considerado a monitorização das iniquidades com base no gênero uma prioridade para a Organização. Durante vários anos fora uma prioridade para a Secretaria, mas tinha recebido menos atenção nos Estados Membros. O fato de muitos países estarem tomando providências para coletar e analisar estatísticas sobre gênero era um sinal alentador.

O Diretor sentia-se também agradecido pelo entusiasmo demonstrado pelo Subcomitê com relação à iniciativa e por compartilhar experiências na monitorização de iniquidade com base no gênero. A análise das iniquidades na saúde, devido às iniquidades baseadas no gênero, apresentava dificuldades intrínsecas. Era difícil obter dados sobre diferenças entre homens e mulheres em questão de saúde e sobre os determinantes dessas diferenças. Mesmo quando existiam dados separados, era difícil apurar se os resultados para a saúde se relacionavam ou não com fatores de gênero, determinados socialmente, ou a diferenças biológicas entre os sexos. Ademais, as diferenças dos constructos sociais dos países significava que haveria diferenças quanto até que ponto os determinantes de saúde poderiam ser atribuídos ao gênero. Mesmo assim, essas dificuldades não enfraqueceriam a decisão da Organização de avançar com a elaboração de indicadores para mostrar que as diferenças na saúde deviam-se ao gênero. Sem indicadores dessa natureza, seria impossível formular intervenções para modificar os determinantes de gênero que ocasionavam as desigualdades na saúde, o objetivo primordial.

Experiências com a inclusão de indicadores de violência em razão de gênero em sistemas de informação e monitorização de saúde (Documento MSD19/7 e MSD19/8)

Sobre este tema foram feitas duas apresentações. Primeiro, a Sra. Cathy Alma Cuellar (Coordenadora Sub-Regional para a América Central, Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS) descreveu a criação de sistemas de vigilância da violência doméstica, em países da América Central, dentro do contexto do modelo integrado para lidar com a violência intrafamiliar (VIF). A maior atenção dada à violência dentro da família, como resultado da aplicação do modelo, evidenciara a necessidade de informações melhores e de um sistema de vigilância com o fim de documentar a magnitude do problema. Embora ainda houvesse muito a fazer, tinha-se avançado bastante desde meados da década de 1990 quando a questão da violência intrafamiliar na América Central ainda permanecia invisível em grande medida, e a maioria dos casos de abuso físico era classificada e notificada nos sistemas de informação de saúde sob a ampla categoria de "ferimento".

Hoje, todos os sete países centro-americanos estavam compilando dados sobre VIF. Também se estavam elaborando os indicadores para monitorizar o cumprimento de compromissos internacionais, tais como a Convenção de Belém do Pará. O documento MSD19/8 continha informações para cada um dos países com respeito aos níveis de vigilância, os instrumentos utilizados para a coleta de dados, os setores envolvidos na coleta e na produção de informações, as variáveis e os indicadores monitorizados, os usuários das informações e o setor diretamente responsável pela vigilância da violência intrafamiliar. Incluía, também, um relatório representativo sobre a violência intrafamiliar produzido dos dados compilados.

A experiência centro-americana, apresentara idéias sobre várias características para os sistemas de vigilância de VIF, quais sejam: os sistemas de vigilância deveriam ser consolidados com os sistemas de vigilância e informação de saúde, enfatizar a produção de relatórios em tempo oportuno e tornar as informações amplamente disponíveis; estar vinculadas aos sistemas de vigilância de diferentes setores para facilitar a referência, acompanhamento e compartilhamento de resultados; analisar os dados da vigilância a fim de formular e monitorizar as políticas destinadas a reduzir as iniquidades na saúde pública; fechar a brecha entre os pesquisadores, os formuladores de políticas, os provedores e os usuários de intervenções intrafamiliares e serem testados e continuamente avaliados, com ampla participação das partes interessadas. Os sistemas de vigilância deveriam, acima de tudo, produzir informações que possam ser traduzidas em políticas e intervenções que protejam as vítimas de violência dentro da família e aprimorar seu desenvolvimento humano e de saúde.

A segunda apresentação foi feita pela Dra. Dora Caballero (Ponto de Contato para a Bolívia, Programa sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, OPAS), que apresentou um relato sobre a inclusão de indicadores de violência intrafamiliar nas informações de saúde e nos sistemas de vigilância da Bolívia, do Equador e do Peru. Tal como na América Central, a elaboração de informações de VIF e de subsistemas de vigilância realizaram-se dentro do contexto do modelo integrado do projeto denominado "Violência contra as Mulheres e as Meninas: Uma Proposta para Estabelecer Intervenções Coordenadas", lançado em todos os três países em 1995. O projeto procurara aumentar a sensibilidade do público com respeito à violência dentro da família como um problema de saúde pública. Nos três países, as variáveis de VIF tinham sido incorporadas a sistemas de vigilância epidemiológica dos ministérios da saúde. O documento MSD19/7 oferecia detalhes sobre os tipos de informações produzidas, os instrumentos utilizados para a notificação e para a coleta de dados, o âmbito do sistema e seus usuários, a entidade responsável e alguns dos resultados derivados da aplicação das informações sobre VIF em cada país.

Entre as dificuldades que tiveram de ser sobrepujadas para a inclusão dos dados de VIF nas informações e nos sistemas de vigilância existentes e para aumentar a sensibilização quanto à violência intrafamiliar como um problema de saúde pública incluíam-se: a crença de que a VIF era um assunto privado, a resistência de parte dos recursos humanos institucionais para assumir novos encargos, o temor dos trabalhadores de saúde de se envolverem em assuntos judiciais e policiais e a falta de compreensão de parte dos tomadores de decisão quanto à magnitude do problema ou sobre suas implicações para a saúde e o bem-estar socioeconômico. Embora hoje em dia fosse possível, nesses três países, obter informações sobre VIF, suas características e em que contexto ocorriam, continuava a existir vários problemas, especialmente problemas para a coleta das informações devido à falta de treinamento para o pessoal operacional e de estatísticas; controle da qualidade das informações deficiente; falta de metodologias apropriadas para analisar os dados compilados e uso e disseminação limitados das informações.

Os desafios para o futuro incluem avaliação e monitorização dos sistemas atuais e as variáveis e os indicadores sendo utilizados com vistas à introdução de quaisquer ajustes necessários; adaptação das variáveis para atender às necessidades da prestação de serviços; fortalecimento das ações e do envolvimento multissetorial de uma diversidade de atores; treinamento sistemático de pessoal operacional a fim de melhorar a qualidade das informações obtidas, elaboração de mecanismos para a disseminação intra-institucional, interinstitucional e em massa de informações sobre VIF e utilização das informações para a formulação de políticas e a tomada de decisão.

O Subcomitê concordou ser necessário monitorizar e caracterizar a violência dentro da família, a fim de aumentar a sensibilização sobre o problema como sendo de interesse para a saúde pública e formular políticas e intervenções eficazes para enfrentá-lo e preveni-lo. Foi observado que sem o banco de provas necessário, continuar-se-ia a lidar com a VIF mediante medidas de intervenção em casos de crise ao invés de por meio de estratégias de prevenção. Um delegado observou que dados melhores sobre a natureza e a magnitude da VIF mostraria que ela não afetava somente os indivíduos e suas famílias, mas que tinha um impacto direto na saúde e no desenvolvimento econômico dos países. Outro delegado ressaltou a necessidade de informações tanto qualitativas quanto quantitativas a fim de se ter uma melhor compreensão do fenômeno da violência intrafamiliar e dos fatores de risco e as conseqüências a ela associados.

O Subcomitê ressaltou, outrossim, a importância de vincular informação e ação, já que o objetivo primordial de se compilar informações era pôr um fim à violência. A coleta de dados não deveria ser propósito final, mas deveria ser dirigida às necessidades dos formuladores de opinião, dos planejadores de intervenções e aos provedores de serviços. Também foi destacada a necessidade de proteger as vítimas. Os delegados recomendaram que se cumprissem as diretrizes éticas e de segurança confiáveis, tais como aquelas elaboradas para o estudo de múltiplos países da OMS, na realização da pesquisa sobre a violência intrafamiliar. Vários delegados mencionaram a necessidade de treinamento apropriado para o pessoal de saúde envolvido na coleta e na análise dos dados sobre VIF.

Incentivaram a OPAS a continuar apoiando os países com a elaboração de sistemas de informação e de vigilância sobre VIF e com a promoção de um enfoque de saúde pública para o problema. Ressaltaram a necessidade de aproveitar os recursos de informações e os instrumentos utilizados na coleta de dados já existentes, bem como a necessidade de contar com definições comuns e instrumentos uniformes a fim de assegurar a validade e a comparabilidade dos dados coletados. Houve a sugestão de que talvez se pudessem acrescentar perguntas sobre a violência intrafamiliar aos levantamentos demográficos e de saúde, ou a levantamentos menores a estes associados. O estudo de múltiplos países da OMS também foi citado como um recurso que a OPAS e os países poderiam usar como referência.

Foram feitas várias perguntas sobre aspectos específicos das experiências descritas por ambas apresentadoras. Uma pergunta relacionava-se com as mudanças nos padrões de violência intrafamiliar em situações de desastre. Pediram à Sra. Cuellar que se estendesse nos resultados da triagem feita após o Furacão Mitch com respeito à violência do cônjuge, mencionada no documento MSD19/8. Um delegado disse que os esforços para implementar a vigilância da VIF em seu país não foram bem-sucedidos devido, em grande parte, à relutância do pessoal de saúde de se envolver em processos jurídicos

associados com a notificação de casos de violência intrafamiliar. Solicitaram que a Dra. Caballero discorresse um pouco mais sobre como seria possível transpor esse obstáculo.

A Dra. Caballero concordou que as leis que exigiam que os provedores de saúde notificassem casos de suspeita de sevícias às autoridades judiciárias ou policiais poderiam ser um desincentivo à notificação e um obstáculo à vigilância de VIF. Na Bolívia, por exemplo, o pessoal de saúde que não notificasse casos de maus-tratos estava sujeito a sanções. Ao mesmo tempo, no entanto, os médicos na Bolívia e em outros países gozavam de proteção profissional e não lhes exigiam notificar informações confidenciais sobre seus pacientes. Seria necessário reexaminar as disposições legais relacionadas com a notificação de casos de sevícias, com vistas a incentivar os provedores de saúde a registrar as informações sobre VIF e a facilitar um enfoque de saúde pública para o problema. No que tange a inclusão de perguntas adicionais sobre a violência nos levantamentos demográficos e de saúde, observou ela que na Bolívia e no Peru estavam sendo acrescentadas variáveis a esses levantamentos.

Respondendo à pergunta sobre a vigilância de violência doméstica pós-desastre, a Sra. Cuellar explicou que, após o Furacão Mitch, tinha-se realizado uma triagem de violência por parte do cônjuge em instalações específicas de atendimento médico para determinar se houvera aumento de VIF após o desastre e para estudar os fatores que poderiam contribuir para tal aumento. Os resultados do exercício estavam sendo preparados para difusão pública, porém os dados preliminares confirmavam a necessidade de aumentar a vigilância da violência intrafamiliar em situações de desastre. Em resposta a outra pergunta sobre os instrumentos utilizados na coleta de dados na América Central, informou que todos os instrumentos eram compatíveis com a Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10), conquanto os formulários de notificação atuais variavam de país para país.

O Diretor observou que somente nos últimos 15-20 anos é que a violência passou a ser encarada como um problema de saúde pública, e a idéia de que a violência doméstica fosse um problema de saúde pública ainda é mais recente. A violência contra as mulheres assumiu diferentes formas. Algumas tinham como base o gênero, enquanto que outros tipos de violência estavam relacionados com a biologia da mulher — por exemplo, algumas práticas da saúde reprodutiva. Este último tipo era uma questão aparte, e a Organização a iria examinar no futuro. Quanto à violência intrafamiliar, o objetivo era identificar aqueles aspectos do problema que pudessem ser abordados mediante intervenções. Por exemplo, seria muito mais fácil elaborar uma intervenção para lidar com os fatores dentro de um contexto geográfico/espacial que pudesse ocasionar a VIF do que procurar modificar relacionamentos de poder entre homens e mulheres, que eram profundamente enraizados e difíceis de modificar.

Mesmo assim, antes do setor da saúde pública poder começar a dizer o que poderia ser feito para diminuir a violência doméstica, era necessário determinar toda a extensão do problema e compreender suas causas. A esse respeito ainda havia muito a ser feito. Um dos principais obstáculos aos esforços de vigilância era sua dependência na notificação por parte da vítima, uma vez que raramente os atos de violência doméstica eram notificados por terceiros. A informação compilada até o presente era mínima. Para cada caso notificado, muitos outros não o eram. Entretanto, continuou ele, os avanços conseguidos nas duas experiências relatadas ao Subcomitê eram encorajadores.

Produção, análise e disseminação de informações de saúde da OPAS, desdobradas por sexo

A Dra. Cristina Schneider (Programa Especial de Análise sobre Saúde, OPAS) descreveu as informações desdobradas por sexo, produzidas como parte da iniciativa da OPAS de dados básicos em saúde. A iniciativa, lançada em 1995 visava melhorar a capacidade da Secretaria e dos Estados Membros para compilar e analisar sistematicamente informações sobre saúde para serem usadas no processo de tomada de decisão. Era, também, um veículo para a cooperação técnica, para estimular a criação de sistemas de informações de saúde nos países e para incentivar a análise de iniquidades em saúde. O banco de dados básico incluía 124 indicadores em cinco categorias: demográfica; socioeconômica; mortalidade; morbidade; e acesso, recursos e cobertura dos serviços de saúde. Desses indicadores, 53 estavam, até certo ponto, desdobrados. Por exemplo, os dados demográficos sobre esperança de vida ao nascer estavam desagregados por sexo, da mesma forma que o estavam os dados relacionados com alfabetização e os de mortalidade para 17 causas de morte em 24 países.

A Dra. Schneider demonstrou como ter acesso aos sistema de dados básicos pelo website da OPAS (www.paho.org) observando que o sistema estava sendo reestruturado para torná-lo mais fácil de usar. Também distribuiu um panfleto sobre os dados básicos. Informações adicionais poderiam ser solicitadas ao Programa Especial de Análise sobre Saúde.

O Subcomitê agradeceu o papel de liderança da OPAS ao colocar à disposição as informações básicas sobre saúde, de modo a facilitar a tomada de decisão e a formulação de políticas na Região, e encorajou a Organização a continuar procurando produzir dados desagregados. Pediram que a Dra. Schneider comentasse sobre como o Programa Especial de Análise sobre Saúde estava lidando com as dificuldades, observadas repetidamente durante a sessão, para a produção de estatísticas que permitissem a análise de iniquidade em saúde com base no gênero.

A Dra. Schneider explicou que os indicadores escolhidos para serem incluídos na iniciativa de dados básicos tinham sido propostos por vários programas da Organização e, depois, cuidadosamente examinados pelo comitê assessor que aquilatarou a importância dos indicadores e a viabilidade de coletar os dados necessários. No entanto, em alguns casos, embora reconhecida a importância do indicador, o mesmo não foi selecionado por haver problemas com a disponibilidade ou com a compatibilidade dos dados. Qualquer possível indicador que o Subcomitê desejasse propor ao Programa a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento seria bem recebido e submetido para a consideração do comitê assessor. A Dra. Elsa Gómez do MSD, fazia parte das deliberações do comitê.

O Diretor observou que a intenção era de que os dados básicos fizessem parte de um conjunto de um mínimo de dados que fornecessem uma visão geral da situação da saúde na Região. Assim, a OPAS queria manter o número de indicadores básicos em um tamanho manejável. Entretanto, isto não significava que não se estivessem produzindo outros dados. As informações sobre as iniquidades relacionadas com gênero, localização geográfica e outros determinantes, estavam, sem dúvida sendo criadas e podiam ser obtidas no website da Organização e em publicações.

Experiências com análise e monitorização de equidade baseado no gênero na saúde e no desenvolvimento (Documento MSD19/5 e MSD19/6)

Sobre este tema foram feitas seis apresentações, duas por representantes de Estados Membros, três por representantes de organizações do sistema das Nações Unidas e uma por um representante de uma organização da sociedade civil.

Equador

A Dra. Lily Jara (Conselho Nacional da Mulher (CONAMU), Equador) delineou os esforços do CONAMU, uma agência governamental subordinada ao Gabinete do Presidente do Equador, para desenvolver um sistema de informações com indicadores de gênero, o qual facilitaria a detecção de iniquidades baseadas no gênero. Com a assistência técnica da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (ECLAC), o CONAMU identificara uma série de indicadores com base nos diferentes papéis desempenhados pelas mulheres na esfera privada, e em relação ao bem-estar social e econômico. O documento 19/5 listava os principais indicadores nas áreas da saúde, educação, participação política, violência intrafamiliar e emprego e acesso a recursos.

O CONAMU também estava trabalhando com outras instituições a nível nacional para incorporar uma perspectiva de gênero à coleta de dados e à análise das informações. O CONAMU colaborara com a Repartição Nacional de Estatísticas e Censo para dar treinamento em como utilizar as estatísticas por gênero com vistas à introdução de uma

perspectiva de gênero em todas as estatísticas oficiais. Com o Sistema Integrado de Indicadores Sociais do Equador (SIISE), criou o banco de dados SÍMUJERES, o qual incluía indicadores de gênero para a monitorização e a avaliação em cumprimento à Plataforma de Ação da Quarta Conferência Mundial de Mulheres (Pequim, 1995) e outros mandatos internacionais. O CONAMU trabalhara também com outras instituições nas áreas de planejamento e desenvolvimento urbano, e assinara acordos com vários ministérios, incluindo os de educação, saúde e desenvolvimento urbano e habitação, a fim de prestar assistência técnica para a incorporação de uma perspectiva de gênero em seus planos e programas. O CONAMU buscava assegurar o emprego de indicadores de gênero em todas as formulações de políticas públicas. Os planos do Conselho para o futuro incluíam pesquisa voltada à elaboração de indicadores em áreas ainda não estudadas no Equador, tais como de que maneira as mulheres utilizam o tempo e um projeto para a formulação de um sistema de indicadores de gênero para a monitorização, análise e análise de impacto.

A Dra. Jara concluiu seus comentários enfatizando que a institucionalização de um sistema completo de informações, que incorporasse a perspectiva de gênero, necessitaria de cooperação internacional assim como de colaboração interinstitucional a nível nacional a fim de evitar duplicação de esforços e otimizar o uso dos recursos. A seguir, demonstrou como acessar o banco de dados SÍMUJERES em www.siise.gov.ec.

México

A Sra. Marcela Eternod Arámbulo (Instituto Nacional de Estatísticas, Geografia e Informática, México) fez um breve relato das atividades executadas pelo Instituto Nacional de Estatísticas, Geografia e Informática (INEGI) para adaptar o sistema de informações do México às necessidades de informações com uma perspectiva de gênero. O processo de adaptação iniciara-se em 1993, quando a Repartição Mexicana de Mulheres, responsável pela preparação de informações para a Quarta Conferência Mundial de Mulheres em Pequim, solicitara a ajuda do INEGI para a produção de estatísticas com dados desdobrados por sexo. O processo não só abarcava as estatísticas produzidas pelo INEGI mas também aquelas criadas pelos setores da saúde, da educação, do trabalho e outros. O Instituto concentrara-se em duas áreas principais: análise de dados existentes de várias fontes e a criação de indicadores desagregados por sexo.

Em colaboração com o Agência Regional do Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher (UNIFEM), o INEGI analisara qual a melhor maneira de aproveitar as informações existentes. Realizaram-se vários seminários envolvendo tanto produtores como usuários de estatísticas por gênero, a fim de distinguir claramente os tipos de informações necessárias para se elaborar políticas públicas objetivando a equidade com base no gênero. O Instituto trabalhara igualmente com a Comissão

Nacional de Mulheres para elaborar indicadores para monitorizar e avaliar as atividades do Programa Nacional sobre a Mulher (PRONAM) e atender às necessidades emergentes em áreas onde se tinham identificado lacunas de informação, inclusive exercício de poder, participação em tomada de decisão, violência e utilização do tempo.

O resultado final tinha sido a criação do Sistema de Indicadores para a Monitorização da Situação da Mulher no México (SISESIM), o qual refletia a situação demográfica, econômica, social e política da mulher mexicana em relação à do homem mexicano. O SISESIM podia ser acessado na Internet, no endereço <http://dgcnesyp.inegi.gob.mx/sisesim/sisesim.html>. Além disso, a perspectiva de gênero fora incorporada em muitos dos relatórios e publicações produzidas pelo INEGI, inclusive o censo 2000 de população e habitação e em outros levantamentos. O documento MSD19/6 proporcionava informações adicionais sobre várias publicações do INEGI objetivando provar a existência de diferenças de gênero na situação e na participação da mulher e do homem mexicanos em várias esferas e ressaltar as condições geralmente desfavoráveis para a mulher.

A Sra. Eternod enfatizou que o INEGI estava convencido da importância de se incorporar a perspectiva de gênero no sistema nacional de informações estatísticas e prestar informações para revelar as iniquidades relacionadas com a classe social, a idade e o gênero. Com o objetivo de continuar progredindo nesse sentido, seria necessário proporcionar treinamento continuado às pessoas envolvidas na produção de estatísticas.

Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher (UNIFEM)

A Dra. Guadalupe Espinosa-González (Diretora Regional, Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento da Mulher) descreveu a estratégia utilizada pelo UNIFEM para promover e apoiar a produção e o uso de estatísticas por gênero nos países da Região atendidos por seu departamento: Cuba, República Dominicana, México e países da América Central. Iniciou sua apresentação enfatizando que a institucionalização de estatísticas por gênero era um processo demorado que requeria boa-vontade política. A primeira providência no processo era sensibilizar os produtores e os usuários de estatísticas quanto à necessidade de criar indicadores que revelassem as iniquidades entre os homens e as mulheres. A próxima providência era a construção de bancos de dados e sistemas de informações com uma perspectiva de gênero. Uma vez as estatísticas sobre gênero estivessem sendo produzidas, a última providência — e a mais importante — era sua utilização para elaborar e avaliar as políticas.

Os principais participantes do processo eram as instituições que produziam estatísticas nos países e os escritórios nacionais responsáveis pela elaboração de políticas para melhorar a situação das mulheres. Sem sua cooperação, seria impossível progredir

na produção e utilização de estatísticas por gênero, mas nem sempre era fácil persuadi-los a trabalhar juntos. Era extremamente importante que falassem a mesma "língua" e que uns compreendessem as necessidades e as limitações dos outros. Nesse sentido o UNIFEM organizara uma série de reuniões e seminários nos países a fim de aproximar produtores e usuários com vistas a identificar as necessidades e estabelecer as prioridades. Durante o processo, identificaram-se várias lacunas e preconceitos quanto à maneira como as informações estavam sendo coletadas e analisadas. Por exemplo, a linguagem utilizada em muitos dos manuais de treinamento para o pessoal que coletava os dados no campo era tendenciosa quanto a gênero, referindo-se somente a homens ou utilizando nomes e pronomes masculinos. Identificaram-se, igualmente, lacunas nas fontes de informação, especialmente no que dizia respeito à violência intrafamiliar.

Os países servidos por seu departamento encontravam-se em estágios diferentes no processo de institucionalizar a produção e o emprego de estatística baseadas no gênero, porém hoje todos estavam produzindo e publicando informações separadas por sexo, um grande avanço. Tendo bons dados que refletissem a realidade da vida da mulher, seria possível identificar as iniquidades e elaborar macromedidas e políticas eficazes para resolvê-las. Por exemplo, em vários países os estudos relacionados com a utilização do tempo estavam proporcionando informações valiosas sobre a contribuição não remunerada das mulheres para a economia nacional. Em alguns casos, foram criadas contas satélites, dentro das contas nacionais, para obter uma estimativa do valor do trabalho feito pelas mulheres no lar. Um país criou uma conta satélite desse tipo para cada um dos setores.

O trabalho do UNIFEM junto aos produtores e usuários de estatísticas por gênero no setor da saúde demonstrou, claramente, que a saúde dos homens e das mulheres era influenciada por mais do que sua constituição biológica. As diferenças de seus papéis e responsabilidades, suas ocupações, estilos de vida, exposição a riscos e comportamento de procurar atendimento médico ocasionavam diferenças na saúde. Para formular programas e políticas eficazes para abordar as necessidades de saúde de homens e mulheres, era essencial que se produzissem informações sobre saúde, separadas por sexo, e se analisassem essas informações desde a perspectiva de gênero.

Divisão de Estatísticas das Nações Unidas (UNSD)

A Dra. Joann Vanek (Divisão de Estatísticas das Nações Unidas) delineou o trabalho da UNSD em relação com a análise e monitorização da equidade de gênero. A base de informações para a Divisão eram os dados coletados pelos escritórios nacionais de estatísticas, compilados em um banco de dados internacional, o Banco de Dados de Estatísticas e Indicadores sobre a Mulher (Wistat). Várias considerações básicas tinham dado forma à criação do Wistat. Uma, foi a localização dos dados relacionados com

questões de gênero, os quais cobriam uma ampla gama de campos e áreas. Por esta razão os dados se encontravam localizados em diferentes instituições nacionais, o que, algumas vezes, dificultava seu acesso. Os parâmetros do banco de dados foi outra das considerações. Uma vez disponíveis, os dados tinham de ser organizados de modo a se obter uma figura clara da situação dos homens e das mulheres no país. Os parâmetros utilizados para o Wistat foram os mesmos utilizados para os indicadores básicos adotados pela UNSD nos anos de 1970, os quais haviam sido adaptados de modo a refletir as preocupações relacionadas com o gênero. Os tópicos que causavam preocupação e os indicadores específicos foram selecionados mediante colaboração intensa com os usuários. A Dra. Vanek distribuiu um folheto mostrando todos os indicadores no Wistat relacionados com a saúde e com os serviços de saúde, com a saúde reprodutiva e com os direitos reprodutivos e a violência contra a mulher.

Durante muitos anos, o escopo do trabalho da Divisão fora limitado à coleta e à compilação de dados; a análise das informações produzidas ficara a cargo de terceiros. Contudo, em finais da década de 1980, várias agências das Nações Unidas solicitaram à UNSD que preparasse um relatório sobre questões e tendências de gênero. O resultado foi a publicação *The World's Women* (As Mulheres do Mundo) da qual, até hoje, foram publicados três números. O sucesso da publicação levou várias agências a pedir que a Divisão fosse um pouco além, e proporcionasse diretrizes para ajudar os países na preparação de relatórios semelhantes a nível nacional. Conseqüentemente, a UNSD tinha criado o *Handbook on Preparation of National Statistical Reports on the World's Women* (Manual sobre a Preparação de Relatórios de Estatísticas Nacionais sobre as Mulheres do Mundo), o qual mostrava como usar estatísticas básicas e criar um indicador que pudesse ser analisado por sua relevância política. O México aplicara algumas dessas diretrizes na preparação de uma das publicações mencionadas pela Sra. Eternod em sua apresentação.

A Divisão também tinha trabalhado com os países na administração de treinamento para aprimorar a capacidade de produção, análise e difusão de estatísticas por gênero a nível nacional. Em agosto de 2000, colaborara com a Secretaria da Comunidade Caribenha (CARICOM) para organizar um curso prático na região do Caribe, do qual a OPAS participara. Os tópicos cobertos nos cursos práticos de treinamento incluíam preocupações com questões-chave em matéria de gênero e sua identificação; definição de estatísticas e indicadores para as questões identificadas; avaliação da disponibilidade de dados; compilação, análise e apresentação de dados e identificação de lacunas nos dados e melhora das estatísticas por gênero. Os cursos práticos tiveram grande sucesso em sensibilizar os participantes quanto à necessidade de estatísticas por gênero e de uma cooperação estreita entre seus produtores e usuários. Também tinham gerado interesse sobre saber o que fazer para melhorar as estatísticas por gênero.

A Dra. Vanek concluiu sua apresentação observando que na UNSD havia um interesse crescente por estatísticas sociais. A Divisão estava procurando resolver como abordar indicadores tão efêmeros da área social e identificar os indicadores-chave necessários para medir o bem-estar social de um país. A julgar pela qualidade dos trabalhos apresentados ao Subcomitê, a OPAS estava na vanguarda do campo de estatísticas sociais.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (ECLAC)

A Sra. Diane Alméras (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe) delineou os esforços da ECLAC para elaborar indicadores por gênero dentro dos parâmetros do projeto "Utilização de Indicadores por Gênero na Elaboração de Políticas Públicas". O projeto utilizava o conjunto de indicadores por gênero elaborado pela ECLAC, em maio de 1999, para o acompanhamento e a avaliação do Programa de Ação Regional para as Mulheres da América Latina e do Caribe, 1995-2001, e da Plataforma de Ação de Pequim. As recomendações da Reunião de Peritos sobre Indicadores de Gênero e Política Pública na América Latina, realizada em outubro de 1999, tinham sido a base para a formulação da versão inicial do projeto, já em curso a cerca de um ano, e foi uma iniciativa que envolveu diversas agências das Nações Unidas e os governos dos países da Região.

O projeto visava a construção de um sistema integrado de indicadores por gênero, utilizando indicadores sociais e econômicos existentes em combinação com outros indicadores sobre participação, promoção do envolvimento, cidadania e violência. Buscava responder a quatro questões-chave: (1) Que informações farão com que se torne visível não só a realidade diferente em que os homens e as mulheres vivem, mas que também elucidem o relacionamento entre eles e as novas áreas onde estão ocorrendo as iniquidades como resultado do progresso da mulher? (2) Para que questões há necessidade de indicadores para a elaboração de políticas públicas? (3) Como é que se poderão estabelecer os vínculos entre o esquema dos indicadores e sua elaboração metodológica, por um lado, e a formulação da política, por outro? (4) De que maneira se pode impulsionar e fortalecer os relacionamentos entre produtores e usuários de estatística por gênero? O projeto não foi elaborado para melhorar as estatísticas por gênero, mas sim para melhorar seu uso para a formulação de políticas públicas.

Os resultados esperados: o projeto deveria proporcionar um sistema de indicadores por gênero que tornaria possível monitorizar as mudanças na situação das mulheres em comparação com a dos homens, resultados esses que seriam utilizados pelos governos, pela comunidade internacional e pela sociedade civil; maior demanda e maior uso de indicadores por gênero por parte dos governos e da sociedade civil para a formulação e a monitorização de políticas públicas e disponibilidade de informações

sobre indicadores por gênero em um website que pudesse ser utilizado numa rede e que fosse interativo e fácil de usar. O website tinha sido lançado em março de 2001 e podia ser acessado em www.eclac.org/mujer.

Rede Latino-Americana e Caribenha sobre a Saúde da Mulher (LACWHN)

A Dra. María Isabel Matamala Vivaldi (Coordenadora Associada, Rede Latino-Americana e Caribenha sobre a Saúde da Mulher) descreveu os indicadores sendo elaborados pela Rede, como uma organização da sociedade civil, para monitorizar até que ponto os governos estavam cumprindo os compromissos internacionais emanados da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994). Com esse propósito, a LACWHN tinha criado uma matriz de indicadores com uma perspectiva de gênero a qual revelou as iniquidades entre homens e mulheres, mas mostrava, também, os esforços para reduzi-las mediante a demolição de estereótipos sobre papéis de gênero ou, ao contrário, mostrava a falta de determinação política para promover mudanças e a persistência de políticas que serviam para reforçar os papéis de gênero existentes. O ponto de partida para a monitorização foi 1994 — o ano da conferência do Cairo — e exercícios de monitorização eram realizados de três em três anos. Atualmente participavam grupos e redes de mulheres nos sete países que se seguem: Brasil, Chile, Colômbia, México, Nicarágua, Peru e Suriname.

Inicialmente, identificaram-se seis questões prioritárias de saúde da mulher a serem monitorizadas: (1) condições de vida de meninas e violência sexual contra meninas; (2) responsabilidade do homem na saúde sexual e reprodutiva; (3) participação da sociedade civil, especialmente de organização de mulheres, na tomada de decisão; (4) acesso de adolescentes de ambos sexos aos serviços e à informação sobre saúde sexual e reprodutiva; (5) qualidade de serviços de saúde sexual e reprodutiva e (6) atendimento humanitário para abortos. Subseqüentemente, foi acrescentado um sétimo item — prevenção do HIV/AIDS e atendimento abrangente para mulheres vivendo com o vírus. A matriz de indicadores incluía tanto indicadores quantitativos como qualitativos. Os resultados da primeira fase da monitorização foram publicados em 1998 e apresentados na conferência Cairo+5, em 1999.

A primeira fase sugerira várias áreas onde se deveriam acrescentar ou dar prioridade aos indicadores em monitorizações futuras. Por exemplo, revelara dificuldades por parte de instituições governamentais em tornar operacionais as perspectivas de gênero, a equidade e os direitos sexuais e reprodutivos, o que se poderia atribuir à pouca compreensão sobre o quadro conceitual ou à resistência a mudanças culturais que modificariam os relacionamentos de poder. Além do mais, havia muitas vezes uma separação entre a política declarada e os objetivos do programa e a dotação de recursos para sua realização, o que demonstrava a necessidade de a sociedade civil expandir seu

apoio além dos setores sociais e incluir o financeiro. Como resultado desse achado, a segunda fase da monitorização incluiria mais indicadores relacionados com a dotação de recursos para alcançar os objetivos de gênero e garantir a sustentabilidade das políticas e programas. A segunda fase incluiria, também, indicadores de transparência, já que a primeira fase observou falta de transparência entre as instituições públicas em relação à sociedade civil, o que ficou expressado em barreiras que evitaram o acesso a sistemas de informação, falta de dados separados e, algumas vezes, grande falta de consistência dos dados.

Uma avaliação da primeira fase demonstrara que, conquanto a matriz contivesse mais de 80 indicadores, algumas das informações eram por demais gerais e precisavam ser mais específicas para que fossem de utilidade para a formulação de políticas. Por esta razão, a Rede ajustara a matriz, acrescentando diversos indicadores novos. A matriz ampliada seria usada na segunda fase da monitorização, durante 2001. Os resultados da segunda fase da monitorização deveriam estar disponíveis na Internet até o fim do ano.

Grande parte dos debates no Subcomitê sobre as experiências apresentadas giraram em torno da questão do que constituía um indicador por gênero. O Diretor observou que o fato de um fenômeno só ocorrer com mulheres não era o suficiente para se dizer que era um indicador de iniquidade por gênero. No caso do excesso de mortalidade materna, por exemplo, que critérios poderiam ser apresentados para defini-la como indicador por gênero? Da mesma forma, se fossem verificadas diferenças entre as mulheres rurais e as urbanas em termos de alguns resultados de saúde, como se poderia demonstrar que estavam relacionadas com gênero e que não eram simplesmente uma consequência da distribuição geográfica dos serviços que nada tinha a ver com a iniquidade que era uma das manifestações da iniquidade entre homens e mulheres? Com base na maneira como a OPAS definira equidade por gênero, havia três critérios básicos para se determinar se existia iniquidade: as diferenças podiam ser evitadas, escapava o controle da pessoa afetada e havia algum agente responsável pelas diferenças.

A Dra. Jara acentuou ser essencial a aplicação da perspectiva de gênero no uso de dados estatísticos. Não bastava separar os dados por sexo, porque, embora muitas vezes os números revelavam diferenças, eles não revelavam as razões subjacentes para tais diferenças. Uma perspectiva de gênero tem de ser aplicada em sua análise a fim de identificar como as diferenças se relacionavam com as funções e os papéis designados socialmente aos homens e às mulheres. Para que isto ocorra, é necessário treinar o pessoal a usar indicadores de gênero e em como aplicar a perspectiva de gênero. A Sra. Eternod acrescentou que tal treinamento era importante não só para autoridades públicas mas para a população em geral. O México estava promovendo uma "cultura de estatísticas". Começando na escola fundamental, as crianças estavam sendo ensinadas a interpretar dados do censo e de levantamentos de modo a poderem compreender melhor a realidade

em suas comunidades. Somente mediante esse tipo de compreensão é que se poderia conseguir alguma mudança.

Quanto ao que constituía um indicador de gênero, a Sra. Eternod observou que, no caso da mortalidade materna, os estudos realizados no México tinham proporcionado provas amplas de que as mortes maternas estavam vinculadas ao tratamento recebido pelas mulheres, por parte dos provedores de saúde, durante a gravidez e o parto. A qualidade desse atendimento era, algumas vezes, realmente abusivo. A Dra. Espinosa comentou que um dos achados do trabalho do UNIFEM junto a produtores e usuários de estatísticas por gênero, foi que havia definitivamente fatores relacionados com o gênero que influenciavam as taxas de HIV/AIDS em mulheres. Além das diferenças biológicas que tornavam a mulher mais suscetível à infecção por HIV, havia fatores sociais que entravam no jogo, especialmente a falta de poder da mulher de negociar relações sexuais sem risco.

A Sra. Eternod observou que algumas vezes os dados em si revelavam claramente a discriminação — por exemplo, quando se verificou que mulheres com as mesmas, ou melhores, qualificações para o trabalho estavam percebendo 35% menos que suas contrapartes do sexo masculino para fazer o mesmo trabalho. Ao mesmo tempo, dados que possam parecer mostrar não haver diferença entre homens e mulheres podem estar escondendo a situação real, como no caso de dados sobre a participação econômica da mulher. A fim de se obter dados de qualidade que pudessem ser analisados com respeito a iniquidades, foi necessário fazer as perguntas certas, que requeriam aplicar a perspectiva de gênero na coleta de dados. Quanto à participação da mulher, a Dra. Espinosa observou que os dados sobre o trabalho não remunerado feito pelas mulheres era essencial para provar a existência de iniquidade por gênero e advogar por orçamentos que melhor abordem essas iniquidades.

Outros assuntos

O Subcomitê apoiou a idéia de contas satélite, dentro das contas nacionais, mostrando a contribuição não remunerada da mulher para a produção da saúde, e era de parecer que os países deveriam ser incentivados a criar esse tipo de contas. O Subcomitê também deu relevo à necessidade de envolver tanto os produtores quanto os usuários na identificação das necessidades de informação e na definição de indicadores. Vários participantes ressaltaram a necessidade de vontade e de ação política, incluindo a dotação de recursos, para eliminar as iniquidades identificadas mediante a análise dos indicadores baseados no gênero, embora o Diretor houvesse advertido que, algumas vezes, o que dava a impressão de ser falta de vontade política era simplesmente resultado da omissão da apresentação de dados e propostas claras. Por exemplo, quando os dados mostraram que os serviços de saúde não tratavam as mulheres com cordialidade, é preciso provar aos

formuladores de políticas que a sociedade não era bem servida quando os serviços não eram cordiais para com as mulheres, e que se fazia mister uma proposta mostrando os benefícios de se retificar as iniquidades.

Finalmente, foi ressaltado o conceito de saúde como um direito humano. O Subcomitê sublinhou a importância de se produzir informações que mostrassem até que ponto se estavam cumprindo o compromisso internacional relacionado com a equidade por gênero na saúde.

Apresentação de recomendações do Subcomitê ao Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana

O Subcomitê apresentou as seguintes recomendações ao Diretor para serem submetidas ao Comitê Executivo.

Recomendações

1. *Recomendações ao Comitê Executivo do Conselho Diretor*

O Subcomitê recomenda que o Comitê Executivo inste os Estados Membros a:

- (a) trabalhar em prol de uma nova visão para a saúde da mulher, a qual adote um enfoque holístico dentro do contexto dos direitos humanos;
- (b) assegurar que os parâmetros de saúde adotados incluam a saúde mental como componente explícito integral da saúde;
- (c) assegurar que as estatísticas sobre as pessoas sejam compiladas, processadas, analisadas e apresentadas com um desdobramento por sexo e idade, e que reflitam ao mesmo tempo questões e áreas relacionadas com iniquidades por gênero;
- (d) incluir e utilizar estatísticas que tornem possível monitorizar o impacto diferencial por sexo dos processos de reforma do setor da saúde;
- (e) dar alta prioridade à dotação de recursos para o estabelecimento de sistemas de informação quantitativa e qualitativa que orientem as políticas de saúde e mostrem o grau de cumprimento dos compromissos assumidos, nacional e internacionalmente, com respeito à equidade por gênero na saúde;

- (f) estabelecer, para tanto, mecanismos para consultas e colaboração sustentáveis entre os ministérios de saúde ou as repartições ou ministérios dedicados a questões da mulher;
- (g) assegurar que os usuários e os produtores de estatísticas no governo e na sociedade civil participem na definição dos conteúdos e dos processos para a produção, difusão, análise e monitorização de informações sobre gênero e saúde;
- (h) dar prioridade ao treinamento de seu pessoal para a realização de análises quantitativas e qualitativas e de intervenções com a perspectiva de gênero;
- (i) trabalhar para a criação de contas satélite no setor da saúde com vistas a reconhecer e medir a contribuição econômica para a saúde por parte do trabalho não remunerado das mulheres;
- (j) incentivar e apoiar iniciativas de pesquisas intersetoriais sobre a utilização do tempo que ajudem a medir a contribuição para a saúde por parte do trabalho não remunerado da mulher;
- (k) facilitar, para fins de pesquisa e monitorização, o uso de informações sobre saúde por parte de outras entidades governamentais, dos meios acadêmicos e da sociedade civil;
- (l) incluir "gênero, mulher, saúde e desenvolvimento" como tema nas agendas das sessões do Órgão Diretor em 2002.

2. *Recomendações ao Diretor*

O Subcomitê recomenda que, conforme o permitirem os recursos financeiros, o Diretor:

- (a) assegure que as informações quantitativas e qualitativas sobre indivíduos, produzidas pelas unidades técnicas da Secretaria, sejam coletadas, processadas, analisadas e apresentadas de forma desdobrada por sexo e idade refletindo, ao mesmo tempo, assuntos e áreas relacionadas com a questão de gênero;
- (b) realize um programa de atividades que aprimore a capacidade de análise por gênero entre os produtores de dados, dentro da Secretaria e nos Estados Membros;
- (c) produza e apresente um relatório sobre o andamento dos trabalhos desse programa para a 20ª Sessão do Subcomitê do Comitê Executivo sobre a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento ;

- (d) dê alta prioridade à colaboração interprogramática dentro da Secretaria a fim de estabelecer uma plataforma de informações regionais eletrônica que articule as informações separadas por sexo na área de saúde e desenvolvimento;
- (e) apóie a produção, por parte da Secretaria, de publicações periódicas sobre gênero, saúde e desenvolvimento, especificamente um boletim estatístico bianual e um perfil regional a ser atualizado a cada quatro anos;
- (f) apóie a cooperação técnica entre os países para a produção, sistematização, análise e utilização de informações quantitativas e qualitativas sobre o gênero, a mulher, a saúde e o desenvolvimento;
- (g) incentive e promova esforços de colaboração com outras entidades internacionais que compartilhem objetivos semelhantes.

O Diretor agradeceu ao Subcomitê o conjunto de recomendações sólidas e construtivas. Faria o possível para que a Secretaria, conforme os recursos o permitissem, executasse as "recomendações ao Diretor". A esse respeito, agradecia ao Subcomitê reconhecer que a Secretaria enfrentava certas restrições financeiras. Sentia-se satisfeito em ver que a informação ocupava um lugar tão eminente nas recomendações, uma vez que a produção, a análise e a difusão de informações era um dos principais mandatos da OPAS. Informações na área de gênero e desenvolvimento eram, indubitavelmente, de suma importância para a Secretaria e para os países.

Encerramento da Sessão

O Diretor agradeceu a todos os oradores e aos participantes suas valiosas contribuições para o trabalho da Organização na área de a mulher, a saúde e o desenvolvimento. A Vice-Presidente expressou a apreciação do Subcomitê aos funcionários da OPAS pelo apoio dado antes e durante a sessão. Agradeceu, também, aos delegados sua participação ativa e criteriosa nas deliberações do Subcomitê e, a seguir, declarou encerrada a 19ª Sessão.

Anexos

AGENDA

Documento N°

1. Abertura da Sessão
2. Eleição do Presidente, do Vice-Presidente e do Relator
3. Aprovação da ordem do dia e do programa de reuniões MSD19/1 e MSD19/WP/1
4. Relatório sobre os progressos alcançados pelo programa da OPAS a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, 1999-2000 MSD19/3
5. Análise e monitorização da equidade por gênero na saúde e no desenvolvimento: por que e como MSD19/4
6. Experiências com a análise e a monitorização da equidade por gênero na saúde e no desenvolvimento
 - Equador MSD19/5
 - México MSD19/6
 - Agências das Nações Unidas
7. Experiências com a inclusão de indicadores de violência por gênero em sistemas de informação e monitorização de saúde MSD19/7 e MSD19/8
8. Produção, análise e difusão de informações da OPAS desdobradas por sexo
9. Outros assuntos

LISTA DE DOCUMENTOS

Documentos de trabalho

MSD19/1	Agenda	1
MSD19/2	Lista de participantes	2
MSD19/3	Relatório sobre os progressos alcançados pelo programa da OPAS a Mulher, a Saúde e o Desenvolvimento, 1999-2000	3
MSD19/4	Análise e monitorização da equidade de gênero na saúde e no desenvolvimento: por que e como	4
MSD19/5	Experiências com análise e monitorização da equidade de gênero na saúde e no desenvolvimento - Equador	5
MSD19/6	Análise e monitorização da equidade de gênero na saúde e no desenvolvimento - México	6
MSD19/7	Experiências com a inclusão de indicadores de violência sexual nos sistemas de informação e de vigilância da saúde da Bolívia, do Equador e do Peru	7
MSD19/8	Sistemas de vigilância da violência doméstica na América Central	8

Documentos Informativos

MSD/RP	Regulamento Interno para reuniões
MSD/TR	Termos de referência

**LIST OF PARTICIPANTS
LISTA DE PARTICIPANTES**

**Members
Miembros**

***Belize
Belice***

Ms. Joan Patricia Burke
Director
Health Education and Community
Participation Bureau
Belize City

***Canada
Canadá***

Ms. Lynne Dee Sproule
Acting Director
Women's Health Bureau
Health Canada
Ottawa

Chile

Dra. Carmen López
Jefa de la División Salud de las Personas
Ministerio de Salud Pública
Santiago

Cuba

Lic. Arelys Santana Bello
Federación de Mujeres Cubanas
La Habana

MSD19/FR (Port.)
Anexo C

- 2 -

Members (cont.)
Miembros (cont.)

Cuba (cont.)

Lic. Enrique Comendairo Hernández
Director, Relaciones Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Dr. Antonio Diosdado González Fernández
Jefe, Departamento de Organismos Internacionales
Ministerio de Salud
La Habana

Nicaragua

Lic. Mariángeles Argüello
Ministra de Salud
Ministerio de Salud
Managua

Dra. Janett Vásquez
Asesora Ministerial
Ministerio de Salud
Managua

United States of America
Estados Unidos de America

Ms. Frances Page
Senior Public Health Advisor
Office of Women's Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

- 3 -

Members (*cont.*)
Miembros (*cont.*)

United States of America (*cont.*)
Estados Unidos de America (*cont.*)

Ms. Mary Lou Valdez
Associate Director for Multilateral Affairs
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Capt. Michael Lyman
Senior International Health Officer
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Ms. Karen Becker
Preventive Medicine Resident
Office of International and Refugee Health
Department of Health and Human Services
Rockville, MD

Observer States
Estados Observadores

Brazil
Brasil

Dr. João Yunes
Professor da Faculdade de Saúde Pública
de la Universidade de São Paulo
São Paulo

Observer States (Cont.)
Estados Observadores (Cont.)

France
Francia

Mme. Marie-Anne Courrian
Observatrice permanente adjointe de
la France auprès de l'OEA
Washington, D.C.

Mexico
México

Lic. Marcela Eternod Arámburu
Directora de Estudios Sociodemográficos
Instituto Nacional de Estadística, Geografía
e Informática (INEGI)
México

Lic. Hilda Dávila Chávez
Directora para América
Secretaría de Salud
México

Dra. Blanca Rico
Coordinadora, Programa Mujer y Salud
Secretaría de Salud
México

Sr. Guillermo Reyes
Segundo Secretario, Representante Alterno
Misión Permanente de México ante la OEA
Washington, D.C.

- 5 -

Observer States (Cont.)
Estados Observadores (Cont.)

Peru
Perú

Dra. Silvia Loli Espinoza
Gerenta de Promoción de la Mujer
Ministerio de Promoción de la Mujer
y el Desarrollo Humano
Lima

United Kingdom
Reino Unido

Ms. Rita Frett-Georges
Consultant/Director, Office of Gender Affairs
Road Town, Tortola
British Virgin Islands

World Health Organization
Organización Mundial de la Salud

Dr. Nafsiah Mboi
Director, Gender, Women and Health Program
Geneva, Switzerland

**Representatives of Intergovernmental Organizations
Representantes de Organizaciones Intergubernamentales**

***Inter-American Commission on Women (OAS)
Comisión Interamericana de Mujeres (OEA)***

Lic. Mercedes Kremenetzky
Washington, D.C.

***Inter-American Development Bank (IDB)
Banco Interamericano de Desarrollo (BID)***

Sra. Ingvild Belle
Washington, D.C.

***United Nations Development Program (UNDP)
Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNDP)***

Ms. Patricia Abecassis
New York

**Presenters
Ponentes**

Ms. Diane Alméras
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)
Santiago, Chile

Dr. Dora Caballero
Focal Point for Bolivia
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
La Paz, Bolivia

- 7 -

Presenters (*cont.*)
Ponentes (*cont.*)

Ms. Cathy Alma Cuellar
Subregional Coordinator for Central America,
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
San José, Costa Rica

Dr. Guadalupe Espinosa-González
Regional Director
United Nations Development Fund for Women for Mexico
and Central America (UNIFEM)
Mexico, D.F.

Dr. Elsa Gómez Gómez
Regional Advisor
Women, Health and Development Program
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Lic. Lily Jara
Economista
Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU)
Quito, Ecuador

Dr. Maria Isabel Matamala Vivaldi
Associate Coordinator
Latin American and Caribbean Women's Health Network
Santiago, Chile

Dr. Cristina Schneider
Epidemiologist
Special Program for Health Analysis
Pan American Health Organization
Washington, D.C.

Presenters (cont.)
Ponentes (cont.)

Dr. Joann Vanek
United Nations Statistical Bureau
New York, N.Y.

Pan American Health Organization
Organización Panamericana de la Salud

Secretary ex officio of the Session
Secretario ex officio de la Sesión

Sir George Alleyne
Director

Advisers to the Director
Asesores del Director

Dr. David Brandling-Bennett
Deputy Director
Director Adjunto

Dr. Mirta Roses
Assistant Director
Subdirectora

Mr. Eric J. Boswell
Chief of Administration
Jefe de Administración

Dr. Juan Antonio Casas
Director, Division of Health and Human Development
Director, División de Salud y Desarrollo Humano

Dr. María Teresa Cerqueira
Director, Division of Health Promotion and Protection
Director, División de Promoción y Protección de la Salud

Pan American Health Organization (cont.)
Organización Panamericana de la Salud (cont.)

Advisers to the Director (Cont.)

Asesores del Director (Cont.)

Dr. Stephen J. Corber
Director, Division of Disease Prevention and Control
Director, División de Prevención y Control de Enfermedades

Dr. Ciro De Quadros
Director, Special Program on Vaccines and Immunization
Director, División de Vacunas e Inmunización

Dr. Daniel López Acuña
Director, Division of Health Systems and Services Development
Director, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Mauricio Pardón Ojeda
Director, Division of Health and Environment
Director, División de Salud y Ambiente

Dr. Carlos Castillo Salgado
Chief, Special Program for Health Analysis
Jefe, Programa Especial de Análisis de Salud

Dr. Irene Klinger
Chief, Office of External Relations
Jefa, Oficina de Relaciones Externas

Dr. Karen Sealey
Chief, Office of Analysis and Strategic Planning
Jefa, Oficina de Análisis y Planificación Estratégica

Dr. Diana Serrano LaVertu
Chief, Department of Personnel
Jefa, Departamento de Personal

Pan American Health Organization (*cont.*)
Organización Panamericana de la Salud (*cont.*)

Technical Secretary
Secretaría Técnica

Dr. Marijke Velzeboer-Salcedo
Coordinator, Women, Health, and Development Program
Coordinadora, Programa de Mujer, Salud, y Desarrollo

Chief, Department of General Services
Jefe, Departamento de Servicios Generales

Dr. Richard P. Marks

Chief, Conference Services
Jefe, Servicios de Conferencias

Ms. Janice A. Barahona