

Evaluación

PLAN DE ACTUACIÓN

Salud para las mujeres (2004-2007)

INFORME FINAL



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública



Observatorio de Salud Pública de Cantabria



Càtedra de Recerca Qualitativa



EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN: SALUD PARA LAS MUJERES 2004-2007

Equipo Técnico de la Evaluación

Observatorio de Salud Pública de Cantabria-OSPC

Ángeles Cabria (Coordinación General)

Cátedra de Investigación Cualitativa-UAB

Margarita Pla (Coordinación Metodológica)

Ramón Crespo

María Mena

Consultora especialista en salud y género

Izabella Rohlf

Edita

Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad

Gobierno de Cantabria

Esta evaluación se ha realizado en parte gracias a la ayuda recibida del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo como resultado de la convocatoria de ayudas a proyectos complementarios en Metodología de la Investigación. Proyecto MD07/00169, otorgado con fecha 20 de diciembre de 2007.

Depósito Legal

SA-456-2007

Evaluación

PLAN DE ACTUACIÓN

Salud para las mujeres (2004-2007)

INFORME FINAL



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública



Presentación

El Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) se elaboró con el objetivo principal de identificar y actuar sobre las desigualdades de género que tienen un impacto en la salud de las mujeres, y de esa forma contribuir a su mejora y a la equidad en la atención en salud de toda la población de Cantabria.

Con ese fin, el Plan modela una nueva política de integración de perspectiva de género en las acciones en salud de la Comunidad Autónoma que ha representado un aprendizaje importante para gestores, técnicos y profesionales de la salud, además de nuevos desafíos en la elaboración y ejecución de estrategias y medidas innovadoras para la región.

Como colofón, se toma la decisión de realizar una evaluación integral y participativa del Plan que sirva para analizar en profundidad tanto la política de salud que introdujo por primera vez el enfoque de género en el Sistema de Salud de Cantabria, como los programas y servicios que ejecutaron sus cinco líneas prioritarias de actuación.

Durante todo el proceso de evaluación han participado diversos profesionales y actores sociales que legitiman el servicio que debe rendir la evaluación a la sociedad. Asimismo, la evaluación se concibe en todo momento con la mirada puesta en la edición de un II Plan de Salud de las Mujeres, aportando las recomendaciones de cambio orientadas a su sostenibilidad y mejora.

Esta Evaluación refuerza la apuesta por un modelo de salud con una concepción de las desigualdades en salud centradas en el estudio de las raíces de la desigualdad, de los problemas sociales y de la exclusión social, y no meramente en las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios.

Por otro lado, la Evaluación ha revelado la importancia de poner énfasis en la transversalidad del enfoque en desigualdades, así como en el esfuerzo de trabajar intersectorialmente, desde la planificación a la evaluación, en coordinación con los programas, planes, Direcciones Generales y Consejerías que tienen un papel clave en aspectos que contribuyen a la calidad de salud de las mujeres.

Esto también supone que el nuevo Plan deberá promover el compromiso y la responsabilidad de todos, y por tanto, garantizar la participación en el proceso de gestión y evaluación de las políticas de salud.

Los resultados de la Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) que presentamos en este informe son un indicativo de nuestro compromiso con la puesta en marcha y seguimiento de las recomendaciones de la Oficina Regional Europea de la OMS y con la Comisión Europea en cuanto al fortalecimiento de la salud pública con la creación de un modelo de coordinación intersectorial en el abordaje de los determinantes de la salud, de la eliminación de desigualdades en salud y con la integración de la evaluación en todas sus áreas, funciones e intervenciones.

Para ello necesitamos redoblar nuestros los esfuerzos y hacer partícipe a todos aquellos sectores y colectivos que deben de estar involucrados, incluyendo a los más alejados o excluidos.

*Luis María Truan Silva
Consejero de Sanidad*



Evaluación

PLAN DE ACTUACIÓN

Salud para las mujeres (2004-2007)

INFORME FINAL



GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública

Agradecimientos

Agradecemos encarecidamente las aportaciones de las mujeres que han participado en los grupos de discusión para la evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007, y dedicamos este informe a todas las mujeres de Cantabria, para quienes se elaboró dicho Plan y desarrollamos esta evaluación.

Queremos igualmente extender nuestro agradecimiento a todas las personas que han colaborado de múltiples formas en el proceso de esta evaluación y que han contribuido con sus comentarios, críticas y sugerencias. Gracias de parte de todo el equipo evaluador. Especialmente a Rosario Quintana Pantaleón, ex Consejera de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, por sus contribuciones al proceso generador del Plan de Salud para las Mujeres, a Luis María Truan Silva, Consejero de Sanidad, por apoyarla desde el inicio de su mandato, y a Santiago Rodríguez Gil, Director General de Salud Pública, por hacerla posible.

A la Comisión Técnica de Seguimiento:

- Mar Sánchez Movellán, *Dirección General de Salud Pública - DGSP, Sección de Programas de Salud de la Mujer.*
- Concha Sastre, *DGSP Sección de Programas de Salud de la Mujer.*
- José Francisco Santos, *DGSP, Sección de Programas de Salud de la Mujer.*
- Purificación Ajo, *DGSP, Sección de Programas de Salud de la Mujer.*
- Marta Barreda, *Gerencia de Atención Primaria de Torrelavega-Reinosa - GAP2 - Servicio Cántabro de Salud - SCS.*
- Javier Cloux, *Gerencia de Atención Primaria de Santander-Laredo - GAP1.*
- Helena Martínez, *Unidad de Igualdad de Género, Dirección General de la Mujer - DGM.*
- Ana Estébanez, *Centro de Planificación Familiar La Cagiga.*
- Ana Pérez, *OSPC.*
- Tatiana Farfán, *OSPC.*

A los colaboradores:

- Pedro Muñoz, *GAP1.*
- Susana Fernández, *SCS.*

A los participantes y facilitadores del proceso de evaluación:

- Representantes políticos vinculados con el impulso, diseño y seguimiento del Plan.
- Jefe de Servicio, Jefes de Sección, y Técnicos de la DGSP de la Consejería de Sanidad de Cantabria.
- Gerentes, Directores y Subdirectores Médicos y de Enfermería de las Gerencias de Atención Primaria y de Especializada, Subdirector de Asistencia Sanitaria y Técnicos del Servicio Cántabro de Salud.

- Coordinadores y Profesionales Médicos de Atención Primaria (Centro de Salud (CS) Campoó, CS Los Valles, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Agüera, CS Santoña, CS Laredo, CS Pisueña-Selaya, CS Isabel II-Centro).
- Jefes de Servicio y Profesionales Médicos de Atención Especializada en Ginecología y Obstetricia, Radiología, Pediatría y Anestesia (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo, Hospital Sierrallana).
- Profesionales Médicos de Salud Mental y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria.
- Profesionales de Enfermería y Trabajo Social (CS Campoó, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Marina Cudeyo, CS Miera, CS Santoña. CS Laredo).
- Supervisora y Personal de Enfermería de la Planta de Maternidad del Hospital Marqués de Valdecilla (H. Cantabria).
- Profesionales Matronas de Atención Primaria (CS Suances, CS Solares, CS Covadonga) y de Atención Especializada (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo).
- Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas.
- Profesionales del Centro de Orientación Familiar la Cagiga (médico coordinador del centro, psicólogo, personal de enfermería, trabajadora social).

A las siguientes instituciones, asociaciones y a todas las personas que han colaborado en representación de las mismas:

- Representantes de las asociaciones: ALEGA, Asociación El Parto es nuestro; Asociación La Buena Leche; AMUCCAN; Asociación Española Contra el Cáncer; Asociación Consuelo Berges; Asociación CAVAS; y de las asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades que conforman las federaciones COCEMFE y CERMI.
- Dirección General de la Mujer, Gobierno de Cantabria.
- Consejo de la Mujer, Gobierno de Cantabria.
- Comité Asesor del OSPC.

Y muy especialmente a las:

- Mujeres usuarias del Programa de Detección Precoz de Cáncer de mama de diferentes zonas (rurales y urbanas).
- Mujeres usuarias de los servicios que habían utilizado recientemente los recursos de atención prenatal, parto y puerperio.
- Mujeres usuarias de los servicios de Atención Primaria y atención a víctimas de violencia de pareja.
- Mujeres pertenecientes a asociaciones de pacientes y a asociaciones de personas con discapacidades físicas, sensoriales, mentales e intelectuales, que son usuarias de servicios y recursos relacionados con las distintas líneas del Plan de Salud para las Mujeres.

ÍNDICE

■ RESUMEN EJECUTIVO: EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN: SALUD PARA LAS MUJERES 2004-2007	9
■ 1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN	15
1.1 MARCO CONCEPTUAL	17
■ 2. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	21
■ 3. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN	25
3.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN	26
3.2. FASES DE LA EVALUACIÓN	28
3.2.1 Fase 1: Reconocimiento de la unidad de evaluación	29
3.2.2 Fase 2: Identificación de los actores implicados	29
3.2.3 Fase 3: Determinación de las preguntas de evaluación	29
3.2.4 Fase 4: Generación y Recolección de la Información (respuestas)	30
3.2.5 Fase 5. Análisis e interpretación	37
3.2.6 Fase 6: Recomendaciones y difusión	39
3.3. Aspectos éticos y confidencialidad de la información	39
■ 4. RESULTADOS: EVALUABILIDAD	41
4.1 LOS MARCOS POLÍTICOS DE REFERENCIA	43
4.2 LA CONCEPTUALIZACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN	49
4.3 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	56
■ 5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN PARA CADA LÍNEA DE ACTUACIÓN	57
5.1 LÍNEA 1: VISIBILIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD	60
5.1.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO/MODELO DE ATENCIÓN	60
5.1.2 EVALUACIÓN DE PROCESOS	62
5.1.3 EVALUACIÓN DE RECURSOS	64
5.1.4 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS	65
5.1.5 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	66
5.2 LÍNEA 2: MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA	68
5.2.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO	68
5.2.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN	69
5.2.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS	70

5.2.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS	74
5.2.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS	75
5.2.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	79
5.3 LÍNEA 3: REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	80
5.3.1 EVALUACIÓN DEL DISEÑO	80
5.3.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN	80
5.3.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS	80
5.3.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS	84
5.3.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS Y COBERTURA	85
5.3.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	87
5.4 LÍNEA 4: REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES DEBIDOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	88
5.4.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO	88
5.4.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN	88
5.4.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS	89
5.4.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS	94
5.4.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS Y COBERTURA	94
5.4.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	97
5.5 LÍNEA 5: MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES	98
5.5.1 LOGROS Y SATISFACCIÓN	98
5.5.2 CAMBIOS Y LÍNEAS DE MEJORA	99
5.5.3 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	101
5.6 RESULTADOS DE ANÁLISIS DE DISCURSO	102
5.6.1 CAMBIOS CULTURALES: CONSENSOS Y TENSIONES	103
5.6.2 NUEVAS NORMAS ASUMIDAS: LEGITIMACIONES Y TENSIONES	104
5.6.3 LA SOCIALIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES A TRAVÉS DE NUEVOS PROCESOS DE APRENDIZAJE	106
5.6.4 RECOMENDACIONES DE CAMBIO	108
■ 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
■ 7. ANEXO 1: LÍNEAS DE ACTUACIÓN DEL PASM 2004-2007	117
■ 8. ANEXO 2: GUIONES DE LAS ENTREVISTAS Y GRUPOS	127



**RESUMEN EJECUTIVO:
EVALUACIÓN DEL
PLAN DE ACTUACIÓN:
SALUD PARA LAS
MUJERES 2004-2007**



**Resumen Ejecutivo:
Evaluación del
Plan de Actuación:
Salud para las Mujeres 2004-2007**

La evaluación de este Plan de Salud se planteó, desde un primer momento, con el fin de elaborar recomendaciones para la edición de un II Plan de Salud de las Mujeres (2008 – 2011); y con la intención de cristalizar una propuesta metodológica de evaluación que pudiera ser transferible a otros planes y programas de la dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria.

La Evaluación se ha centrado en primer lugar en el **análisis de la concordancia del Plan con los marcos normativos** (tanto a nivel de la Comunidad Autónoma como Estatal y Europeo) y su correspondencia con las necesidades locales; así como en el **análisis de la conceptualización del Plan** (creencias e hipótesis que sustentan el Plan), y la coherencia interna entre los objetivos, las actuaciones y los indicadores propuestos. En segundo lugar, se ha centrado en la **evaluación** en profundidad de la **eficacia** de los objetivos propuestos, y de la **adecuación** (logros y posibles áreas de mejora) del **diseño**, los **procesos**, los **recursos** disponibles, y los **resultados** de las intervenciones realizadas para cada una de las cinco líneas de actuación del Plan: Visualizar la situación de salud de las mujeres; Mejorar la Salud Reproductiva; Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama; Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de Género; y Mejorar la salud de las mujeres desde los hábitos de vida saludables.

CONTEXTO DE LA EVALUACIÓN

La Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria decidió realizar una evaluación en profundidad del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) (PASM), encargándose el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC) ¹ de la dirección de la misma, y contándose con la colaboración de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona ².

El proceso de esta evaluación ha representado una experiencia sin precedentes en la región, ya que ha partido de la estrecha colaboración entre dos instituciones externas al desarrollo del Plan, por un lado el OSPC como promotor y coordinador de la evaluación, y por otro la Cátedra, que ha realizado el diseño y el desarrollo metodológico de la misma. Ambas han trabajado juntas a lo largo de todas las fases del

¹ El OSPC es un órgano participativo de investigación, análisis e información sobre la situación de la salud pública de Cantabria, creado a fines de 2006 a través de la Fundación Marqués de Valdecilla y dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

² La Cátedra de Investigación Cualitativa (UAB-IES-FDR), es un organismo adscrito al Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, gestionado por la Fundación Doctor Robert, con el soporte del Instituto de Estudios de la Salud (Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña). Creada en el año 2005, su misión es contribuir, impulsar y consolidar la investigación y evaluación cualitativa y participativa, especialmente en el área de la salud y social, desde una perspectiva de trabajo multiprofesional y multisectorial.

proceso evaluativo, contando en todo momento con la Sección de Programas de Salud de la Mujer de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), así como con el soporte de una diversidad de asesores especialistas en los temas contemplados en el PASM, y de una Comisión Técnica de Seguimiento creada para tal efecto.

METODOLOGÍA

La Evaluación se ha realizado en base a los principios de la llamada Evaluación de 4ª generación o “**Evaluación Participativa**”. Eso implica entre otras cosas, tener en cuenta las “necesidades informativas” de los distintos agentes implicados en el Plan para determinar qué preguntas se deben responder con la evaluación. Además, se ha partido de la voluntad de fomentar el intercambio de opiniones, valores y experiencias entre esos agentes (gestores, profesionales de la salud, asociaciones y usuarias) a través de métodos participativos, con la finalidad de analizar los procesos de aplicación del Plan, y no exclusivamente sus resultados.

Para su desarrollo se ha planteado un abordaje metodológico orientado a responder las distintas preguntas de evaluación planteadas, mediante la utilización de **fuentes primarias** (la voz de los agentes implicados) y **fuentes secundarias**. La finalidad de este planteamiento metodológico ha sido la de obtener información de diferente naturaleza en relación a: la pertinencia del diseño del Plan; los modelos de atención a las usuarias; la operatividad y el funcionamiento de los procesos; la adecuación de los recursos disponibles; y la consecución de resultados en términos de efectos y cobertura. Por otra parte, y desde un marco analítico relacionado con el análisis del discurso de los distintos participantes, se han obtenido conclusiones de evaluación vinculadas al cambio social desde la óptica de las Políticas Públicas de Salud y de Género.

En relación a las fuentes primarias se han utilizado las técnicas de entrevista individual y grupal, mientras que para las secundarias se ha procedido a recoger publicaciones, fuentes bibliográficas e informaciones estadísticas sistematizadas por diferentes instituciones relacionadas al Plan, para ser analizadas en términos evaluativos.

Las informaciones generadas se fueron analizando por el equipo externo con el apoyo puntual de una Comisión Técnica de Seguimiento creada para tal fin. Todo ello orientado a la interpretación conjunta de los resultados y la construcción colegiada de conclusiones y recomendaciones de cambio.

RECOMENDACIONES

- Las recomendaciones relacionadas a la **Línea 1 del Plan** (Visibilizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud), están relacionadas con la conveniencia de **realizar un análisis de la presencia de la perspectiva de género en los planes, programas y protocolos de salud pública**, proponiendo medidas encaminadas a la introducción de dicho enfoque. Para ello se considera imprescindible que se promuevan líneas de **análisis de morbilidad diferencial entre hombres y mujeres**, a partir de las fuentes de información disponibles en el Servicio Cántabro de Salud. Además, se considera que estas medidas deberían poner un **énfasis particular en la reducción de desigualdades de las mujeres con discapacidades, mujeres inmigrantes, y mujeres de avanzada edad**. Para todo ello, parece fundamental **desempeñar actividades formativas** encaminadas a capacitar a los profesionales a cargo de la elaboración, coordinación y evaluación de programas y protocolos, en el enfoque de género en salud. A nivel de las gerencias de Atención Primaria, esto supone entre otras cosas: trabajar con **programas informáticos adecuados** para la explotación de datos OMI-AP y **explorar sus potencialidades**, así como incrementar recursos humanos técnicos en las dos gerencias de AP, y continuar la formación de los profesionales en el uso del OMI-AP.
- En cuanto a la **Línea 2** (Mejorar la salud reproductiva), la Evaluación del Plan recomienda para el desarrollo de la Consulta Joven y Educación Sexual, **promover espacios de diálogo entre las consejerías de Educación y Sanidad** con el fin de realizar un análisis del funcionamiento de la Consulta Joven, así como de las necesidades de recursos formativos en sexualidad y salud en las escuelas secundarias, abalado por ambas consejerías. Respecto al papel de los profesionales, se considera fundamental **reforzar** la visión de **las matronas** como encargadas de liderar el proceso de vigilancia del embarazo y del parto fisiológico. Además, es recomendable **mejorar los procesos de participación** de los profesionales y el reconocimiento a esta labor. En relación a la atención al embarazo se destaca la necesidad de **mejorar el diagnóstico prenatal** de los defectos congénitos mediante el screening bioquímico y ecográfico combinado. Respecto a la atención al parto, se considera esencial **adecuar el proceso de implantación del parto fisiológico** a los recursos humanos disponibles y a las infraestructuras, así como hacer énfasis en la **formación** de los profesionales encargados de la atención al parto en cuanto a la **atención al parto fisiológico** y al manejo del dolor. A nivel de las **usuarias**, se recomienda **incorporar sus percepciones a los procesos, evaluando** entre otras cosas, **la efectividad de los materiales informativos** y educativos que produzca el Plan. Se considera así mismo pertinente **introducir el Plan de Lactancia dentro del próximo Plan de Salud de las Mujeres**.

- El Plan recomienda para la **Línea 3** (Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama) **evaluar el impacto del programa a los 10 años** (mortalidad, supervivencia, recidivas, iatrogenia y calidad de vida). Además, diseñar actuaciones que incidan sobre las causas de no participación en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama -PDPCM (para alcanzar la cobertura deseada). Para mejorar los procesos de asistencia y atención a las mujeres detectadas con cáncer de mama, se recomienda considerar la posibilidad de establecer y/o **mejorar las estrategias y mecanismos de información y comunicación sobre los procesos de la enfermedad y los tratamientos**; hacer más acogedores los espacios de atención; reducir los tiempos de espera; y a dar apoyo psicológico a las familias. Además de enfatizar tanto a nivel de los servicios de Atención Primaria como de Especializada, la importancia de coordinarse en cuanto al cumplimiento de protocolos de seguimiento a mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama.
- Respecto a la **Línea 4** (Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género), destaca la importancia de la **formación continuada** en “atención integral a las mujeres que viven una situación de violencia de pareja”, fundamentalmente en aquellas áreas que se han identificado de mayor necesidad, **acercando la información** relativa a los circuitos y los servicios de Violencia de Género **a los profesionales de salud de los centros hospitalarios**. Se ha destacado igualmente prioritario trabajar desde la Atención Primaria con grupos de mujeres, con la colaboración y soporte de psicólogos. El Servicio de Salud Mental que atiende a las mujeres que sufren violencia de pareja de la GAP2 ha sido muy bien valorado por las usuarias, de cuyas aportaciones se desprende la conveniencia de **revisar los criterios de calidad** (comprensión, escucha, judicialización de la demanda, etc.), de **transparencia y de efectividad** que rigen el trabajo **de otros servicios concertados**. Asimismo, se ha acentuado la necesidad de generar una **línea de trabajo** con personas maltratadoras desde un **enfoque integral de la violencia** (desde sus diversas dimensiones), así como con el resto del entorno familiar (hijos, hijas y personas mayores).
- En relación a la **Línea 5** (Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables), se deberían **reconsiderar los objetivos planteados** y valorar el trabajo de esta línea **vinculándolo a los otros planes de la DG de Salud Pública**: Plan de Atención a las Drogodependencias, Plan de Salud Laboral y Plan de Paliativos, además de desarrollar una línea de actuación específica en Salud Mental para el próximo Plan de Salud de las Mujeres. En general se recomienda valorar nuevos objetivos susceptibles de ser desarrollados de acuerdo a las prioridades establecidas en salud de las mujeres, en los marcos y estrategias europeas, estatales y regionales, como son: salud mental, enfermedades crónicas, enfermedades raras, discapacidades, y diversidad cultural.

CONCLUSIONES

El Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 ha contribuido a abrir el debate político (a nivel de planificación) relativo al contenido sustantivo y operativo de las políticas de género y salud en Cantabria. La Evaluación sugiere que la dirección del trabajo futuro esté relacionada con la necesidad de que esos contenidos sean asumidos por parte de todos los agentes de cambio (nivel de planificación y gestión).

El PASM ha trabajado desde la línea de promoción de la participación de los distintos agentes en el diseño de los programas de actuación. La voluntad de profundizar en estas dinámicas de trabajo implicará promover la puesta en marcha de procesos participativos que favorezcan realmente el nivel de descentralización de las decisiones, lo que a su vez implicaría aumentar la capacidad e información de los profesionales y asociaciones para mantener el complejo sistema de adopción de decisiones públicas.

Ante la clara voluntad de los responsables de Plan de trabajar desde la coordinación con los distintos agentes implicados en la formulación de políticas que promuevan la equidad de género en salud, y a la luz de los resultados de la Evaluación, se plantea como línea de trabajo dirigir la acción política hacia la "transversalidad" e "integralidad" de las políticas de género, desde niveles políticos y de gestión con competencias para asegurar su cumplimiento.

Finalmente, vistas las muchas oportunidades que ha generado el PASM en términos de nuevos espacios de intercambio y nuevas relaciones entre profesionales, se apunta la conveniencia de aprovechar las afinidades que surgen de forma puntual entre profesionales y usuarias, gestores y profesionales, asociaciones e instituciones, con el fin de generar sinergias colectivas que contribuyan a que la propuesta que se materializará en el próximo Plan de Salud de las Mujeres llegue a buen puerto.

INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN

1

1. INTRODUCCIÓN: FUNDAMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria decidió realizar una evaluación en profundidad del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) (PASM), encargándose el Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC)³ de la dirección de la misma, y contándose con la colaboración de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona⁴.

El proceso de esta evaluación ha representado una experiencia sin precedentes en la región, ya que ha partido de la estrecha colaboración entre dos instituciones externas al desarrollo del Plan, por un lado el OSPC como promotor y coordinador de la evaluación, y por otro la Cátedra, que ha realizado el diseño y el desarrollo metodológico de la misma. Ambas han trabajado juntas a lo largo de todas las fases del proceso evaluativo, contando en todo momento con la Sección de Programas de Salud de la Mujer de la Dirección General de Salud Pública (DGSP), así como con el soporte de una diversidad de asesores especialistas en los temas contemplados en el PASM, y de una Comisión Técnica de Seguimiento creada para tal efecto.

Esta evaluación se planteó, desde un primer momento, con la mirada puesta en la edición de un II Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2008-2011), de forma que este informe recoge también las recomendaciones de cambio propias de un proceso evaluativo orientado a la sostenibilidad y mejora de un Proyecto, un Programa o una Política Pública.

Otra cuestión a resaltar es que se ha optado por un modelo de evaluación innovador en el contexto actual, ya que va más allá de evaluar los objetivos y actividades propuestas por el propio Plan, introduciendo el análisis de la pertinencia del mismo respecto a las directrices de las políticas autonómicas, estatales y europeas, e incorporando la visión de múltiples actores.

Por otra parte también se ha querido cumplir con la propuesta inicial que el OSPC hizo a la DGSP, y **crystalizar la propuesta metodológica** de la presente evaluación en un modelo que pudiera ser **transferible** a otros planes y programas de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Cantabria.

³ El OSPC es un órgano participativo de investigación, análisis e información sobre la situación de la salud pública de Cantabria, creado a fines de 2006 a través de la Fundación Marqués de Valdecilla y dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

⁴ La Cátedra de Investigación Cualitativa (UAB-IES-FDR), a partir de ahora "la Cátedra", es un organismo adscrito al Departamento de Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona, gestionado por la Fundación Doctor Robert, con el soporte del Instituto de Estudios de la Salud (Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña). Creada en el año 2005, su misión es contribuir, impulsar y consolidar la investigación y evaluación cualitativa y participativa, especialmente en el área de la salud y social, desde una perspectiva de trabajo multiprofesional y multisectorial.

1.1 MARCO CONCEPTUAL

La propuesta que se presenta está enmarcada en las tesis de la **Evaluación de 4ª Generación** [Guba EG, Lincoln YS: 1989]) y guiada por los principios rectores de *equidad, participación e integralidad*.

De *equidad* porque la idea de justicia e igualdad social está en el sustrato de todas los objetivos y actividades del Plan. De *participación* porque, como ya se ha dicho, incorpora a múltiples agentes tanto en la definición de “aquello que es relevante evaluar” como en la formulación de juicios de valor. De *integralidad* porque utiliza una lógica multimétodo que intenta superar la dicotomía cuantitativa-cualitativa.

La Evaluación de 4ª Generación, tal como hace suponer el término acuñado por Guba y Lincoln (recogido y revisado por otros autores⁵), supera modelos evaluativos anteriores y se sostiene en un enfoque paradigmático “constructivista”⁶, que incorpora a la evaluación las necesidades informativas de los “implicados” en el Plan. Eso significa que los distintos agentes que participan en la evaluación no solo lo hacen proporcionando “respuestas”, sino también determinando la información que se necesita para realizar una evaluación significativa, útil y realmente orientada a la mejora del Plan.

Esta propuesta, aunque de uso más generalizado en otros contextos, todavía puede considerarse innovadora respecto a las prácticas habituales de evaluación en nuestro país. Sin embargo, también se constata que en estos momentos estamos ante una visible evolución de la evaluación de programas y políticas públicas en la dirección de la propuesta que aquí se presenta⁷.

⁵ Sirvan de ejemplo los trabajos de *Health Action Zones Evaluation en Mersey* (Liverpool) (Springett J, Young A. 2002), las evaluaciones realizadas en EE.UU, recogidas y comentadas en *Theory-Based, participatory Evaluation* por Green y McAllister: (Green B, McAllister B. 2002) y las experiencias de la red de investigación evaluativa de Políticas y programas de salud orientada al cambio social en la cual participa Brasil, Canadá, Venezuela, EEUU, Colombia, Puerto Rico, México y España (Magalhaes Bosi M, Mercado FJ (Orgs.), 2006).

La Cátedra y el Departamento de Psicología Social de la UAB también tienen una amplia producción desde esta perspectiva (Sanchez-Candamio, PlaM, 2001) (Pla M, Cordero N, 2006) (Garay A, et al. 2002) (Pla M, Crespo R, Farré A, González I, 2008)

⁶ El constructivismo supone una nueva manera de entender la realidad. Mientras que desde una posición “positivista” la realidad es única y objetiva, desde el “constructivismo” se apuesta por la existencia de múltiples realidades que deben ser discutidas y negociadas. Una revisión reciente aplicada al ámbito de la evaluación de Políticas Públicas puede encontrarse en: (Bustelo M, Lombardo E, 2007) y también (Vélez C, 2006). La finalización de este informe ha coincidido con una serie de artículos de corte cualitativo publicados en el BMJ en los que se revisa desde distintas ópticas este paradigma (ver: Kuper A, Reeves S, Levinson W, Eaton J, 2008)

⁷ Sirvan de ejemplo los trabajos de Bustelo en la evaluación de las políticas de género en España (Bustelo M, 2004); las evaluaciones realizadas por el Servicio de Evaluación de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, p.ej. “Evaluación del Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores de Vallecas” 2006; la evaluación del PDRS (Plan Desarrollo Rural Sostenible) de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2000 -2006); o la evaluación del programa Tiempo Joven en el barrio madrileño de Orcasur (Ligero JA, Pernas B, 2006).

Para algunos autores, la evaluación cuantitativa de los resultados sigue siendo todavía la orientación más utilizada en Salud Pública, a pesar de que algunas voces ya señalan las limitaciones de un modelo que no sabe como abordar la complejidad de sus "componentes" (Nebot M. 2007: 95-6).

Actualmente, las evaluaciones al uso pueden subscribirse a cuatro modelos, cuyos principios se describen a continuación.

La evaluación de 1ª Generación, también llamada de la medida y todavía vigente, actúa como simple proveedora de instrumentos de medición, utilizando de manera indisoluble evaluación y medida (Escudero T, 2003).

En la Evaluación de 2ª Generación (Escudero T, 2003) se supera la simple medición y se incorpora el juicio de valor sobre la información recogida, colocando la referencia central en la evaluación de los objetivos preestablecidos. Estos deben ser claramente definidos para poder determinar el cambio en el objeto a evaluar, aunque no pone en cuestión la propia idoneidad de los objetivos del programa.

La Evaluación de 3ª Generación se caracteriza por introducir el juicio de valor del evaluador que analiza el programa en relación a distintos criterios (Guba y Lincoln, 1989), apareciendo a partir del movimiento de "rendición de cuentas" (accountability) (Popham WJ, 1983) (Rutman L, Mowbray G, 1983), y asociándose fundamentalmente a la responsabilidad de los planificadores y programadores respecto a los contribuyentes.

Por último, la Evaluación de 4ª Generación, tal como se ha mencionado previamente, pretende superar las deficiencias de las tres generaciones anteriores, fomentando el intercambio de opiniones, valores y experiencias entre los participantes en una política o programa a través de la utilización de métodos participativos.

Así pues, elegir este tipo de evaluación supone al mismo tiempo considerar que los protagonistas en la evaluación son los "dueños del problema" ("the owners of the problem" ⁸) y que la *prueba de validez* en cuanto a los resultados generados no se juzga exclusivamente por la comunidad de expertos, sino que se basa en la asunción de los resultados por los actores implicados, en lo que Dewey (Dewey J, 1976, 1991) (Greenwood DJ, 2000: 27-49) denomina "fiabilidad justificada" (warranted assertability).

Por otra parte, esta orientación posibilita examinar la realidad desde diversas perspectivas, preocupándose por analizar los procesos de aplicación de las políticas públicas, y no exclusivamente sus resultados. La evaluación se concibe en este caso como un proceso dinámico que considera la posibilidad de que exista un cambio de dirección en los programas. De hecho, persigue que el proceso se convierta en un aprendizaje compartido entre aquellos que participan de la gestión y ejecución del Plan, de forma que acaben siendo capaces de provocar las transformaciones necesarias para su mejora (Nirenberg O, Brawerman J, Ruiz V, 2000).

⁸ Este término nos remite a aquellos que están implicados en el proceso. Los que realmente viven las consecuencias del problema de forma directa.

En este sentido, sin dejar de lado los indicadores propuestos en los programas, éstos deben revisarse a la luz de los cambios que se han ido produciendo durante su ejecución (pertinencia de la ejecución), considerando siempre la dimensión dinámica de un programa.

Ahora bien, no hay que confundir la orientación conceptual de la evaluación con las técnicas de generación y recolección de información utilizadas. Las preguntas de evaluación que se consideran, fruto de la participación de los distintos agentes, dejan un amplio margen para la utilización de las técnicas más idóneas para la generación y recogida de los datos a utilizar para responderlas.

En otras palabras, las preguntas de evaluación responden a lógicas diversas. Por ejemplo la cobertura de un programa tiene sentido que se analice desde una óptica cuantitativa (¿Cuántas personas han tenido acceso al programa?), al mismo tiempo que respondiendo a preguntas que probablemente requieran una aproximación cualitativa (¿Cuales son las barreras para acceder a un servicio?) (Ligero J.A. 2001).

Otra cuestión a tener en cuenta es que la recogida de datos es finalmente una decisión consensuada, ya que la elección y búsqueda de los indicadores más idóneos supone siempre una tensión entre la anticipación ideal y la factibilidad y oportunidad de su explotación, cuestión que siempre se resuelve en un proceso de negociación entre aquellos actores que tienen el poder para generarla.



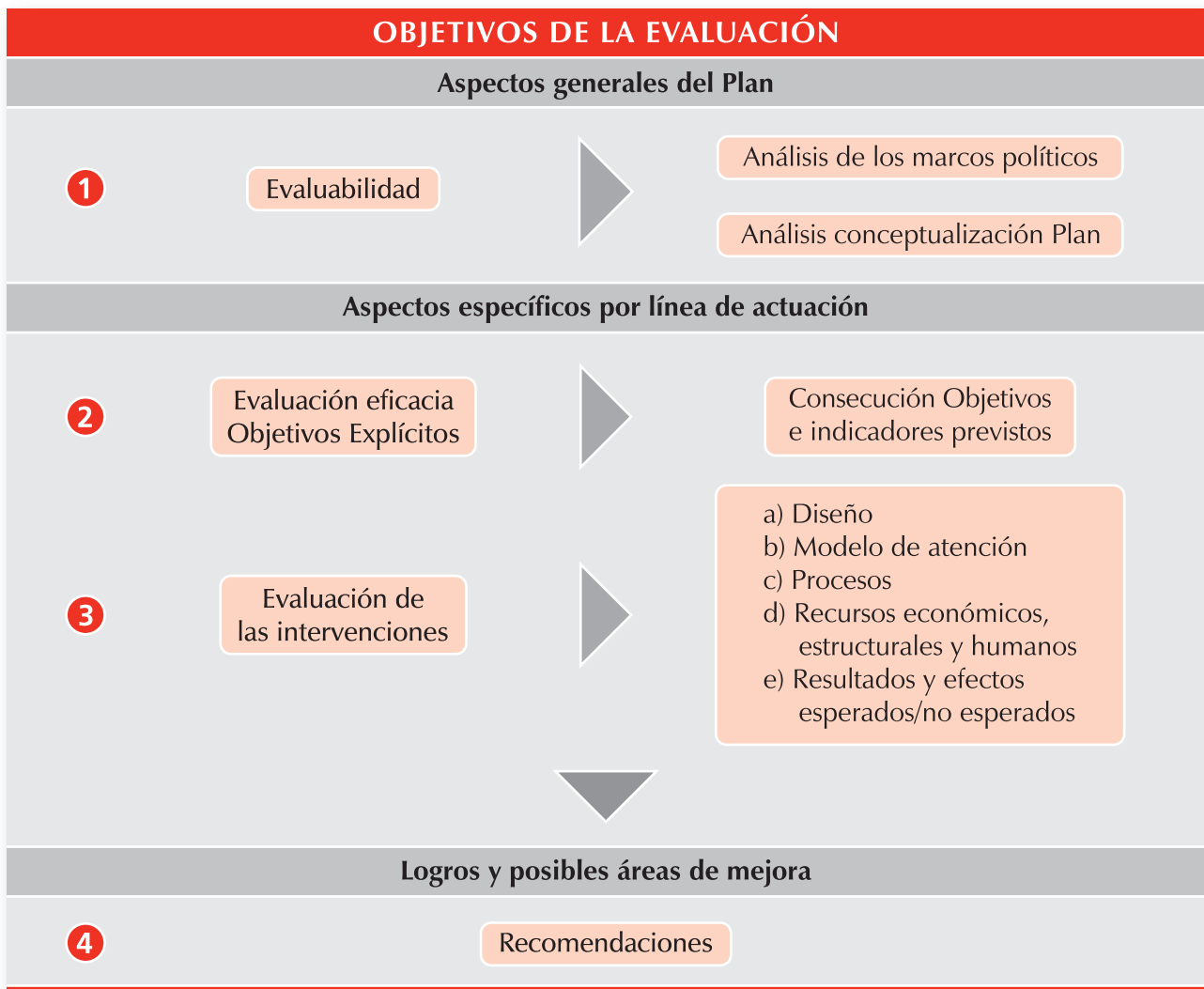
OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

2

2. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

El objeto de evaluación ha sido el **PLAN DE ACTUACIÓN: SALUD PARA LAS MUJERES 2004-2007 (PASM)**, impulsado por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria en 2004. Los principales objetivos considerados han sido los siguientes:

Gráfico 1 - Objetivos de la Evaluación



Aspectos generales del PASM

A) Analizar la **evaluabilidad**⁹ del Plan, para determinar los criterios técnicos y estratégicos a la hora de realizar la evaluación del mismo. Este objetivo tiene que ver con:

- Analizar la concordancia del plan con los marcos políticos normativos (Unión Europea, Estado Español y Comunidades Autónomas) y su correspondencia con las necesidades sociales locales.
- Analizar la conceptualización del Plan, es decir analizar las creencias e hipótesis que sustentan el Plan y la coherencia interna entre los objetivos, las actuaciones y los indicadores propuestos.

Aspectos específicos por línea de actuación

B) Analizar la **eficacia** de los objetivos explícitos del Plan en relación a:

- La consecución de objetivos.
- La consecución de los indicadores previstos.

C) Analizar las **intervenciones** realizadas en relación a:

- El diseño de dichas intervenciones.
- Los modelos de atención en los que se basan.
- Los procesos que generan.
- Los recursos disponibles para llevarlas a cabo.
- Los resultados atribuidos a dichas intervenciones.

En base a las informaciones recogidas, se han determinado para cada línea **los logros y las posibles áreas de mejora** del Plan, con la finalidad de **emitir recomendaciones** que retroalimenten la planificación del próximo PASM.

Por último en una fase posterior se ha realizado un Análisis Sociológico de los discursos de los participantes en la evaluación, con la idea de hacer visibles los cambios y tensiones que se han ido manifestando en el ámbito de las Políticas Públicas, tanto de salud como de género.

⁹ La evaluación de la evaluabilidad del Plan se refiere, como veremos más adelante, a la valoración de si un proyecto, política o programa es evaluable y desde qué intereses y criterios.



DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

3

3. DESARROLLO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN

3.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVALUACIÓN

La Evaluación del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) se aborda desde una perspectiva **integral** y **participativa**, y se caracteriza por ser **sumativa**¹⁰, **ex post facto**¹¹ y **externa**. Además la evaluación se centra en el **diseño** y la **ejecución** del Plan, por lo que también evalúa los **procesos**, los **recursos** y los **resultados**.

Hay que destacar también que el foco de esta evaluación esté colocado en todo momento hacia la reedición del Plan, cosa que ha propiciado que también tenga una finalidad eminentemente *formativa*.

Asimismo si bien se asume que se trata de una evaluación *ex post facto*, que indica un punto final respecto al Plan 2004-2007, el primer objetivo de la evaluación abre también un posicionamiento "*ex-ante*" ya que se considera la evaluabilidad del Plan, analizando los marcos políticos y la conceptualización del mismo, lo cual se vincula con la reedición del nuevo Plan.

En cuanto a la *externalidad* de la propuesta también cabe señalar que ésta ha sido una "iniciativa externa facilitada" que es la modalidad que consideramos más rica en posibilidades, ya que el trabajo de la institución que planifica, se complementa con el de los facilitadores externos que propician que sean los propios protagonistas quienes se impliquen en la evaluación, y emitan un juicio más riguroso sobre el programa en su condición de expertos "temáticos" y "vivenciales". (Villasante, 1998).

Respecto a los objetivos, tal como se puede apreciar en el apartado anterior, se propone una aproximación en dos sentidos. La primera que aborda aspectos generales del Plan y la segunda que analiza los aspectos específicos de cada línea.

En cuanto a las líneas de actuación se ha tomado como referencia la edición del Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007.

¹⁰ La evaluación sumativa es la que hace una recapitulación del Plan evaluado durante un periodo de tiempo determinado, para ofrecer una valoración global y final del mismo.

¹¹ La evaluación *ex post facto* es la que valora los diferentes aspectos de un Plan una vez finalizado, haciendo recapitulación de la actuación realizada. Se contraponen a la evaluación *ex-ante* que se realiza antes de que un Plan se ponga en marcha (evaluación de necesidades, evaluación de la evaluabilidad de un Plan).

A continuación se sintetizan los objetivos de las líneas incluidas en el Plan:

- L1. Visualizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.**
- L2. Mejorar la salud reproductiva.**
- L3. Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama.**
- L4. Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género.**
- L5. Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.**

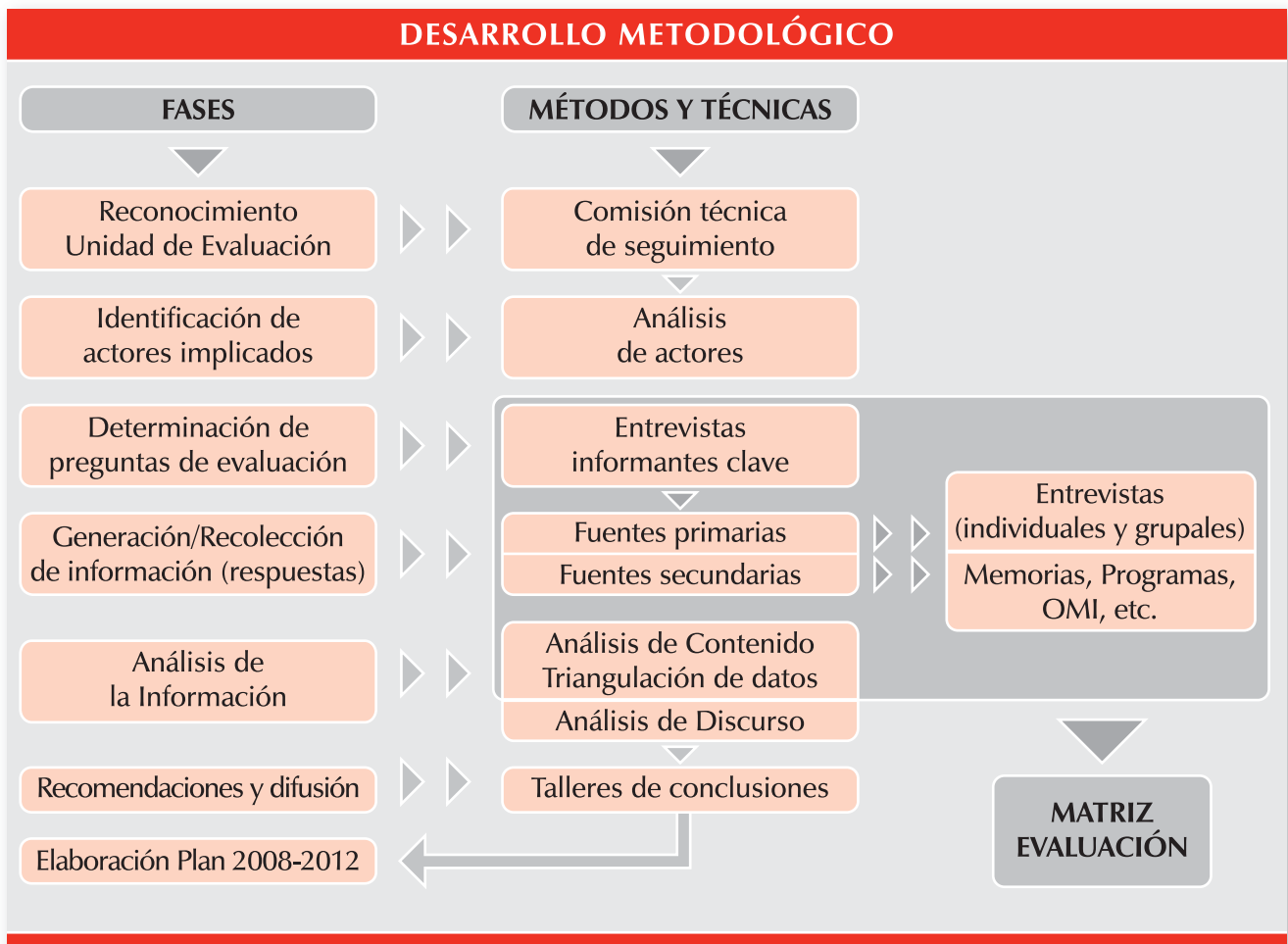
Por último señalar que durante el proceso de evaluación (desde septiembre de 2007 a junio de 2008) también se han generado una serie de acciones complementarias a la evaluación que han permitido visualizar y legitimar el proceso:

- Se ha realizado el “Análisis del impacto de la formación en violencia de género” para incorporar en la Memoria de evaluación del Protocolo de violencia de género (Convenio de la DGSP con el Ministerio de Sanidad para financiar actividades en violencia de género).
- Se ha realizado un Taller sobre “Evaluación de género en las políticas y programas de salud” en el *IV Foro de Mujeres, Salud y Género: La salud en las edades centrales de la vida*.
- Se está realizando un estudio más específico sobre la Línea 1 del Plan: *“La integración de la perspectiva de género en las acciones en salud en Cantabria: Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres con enfoque multimétodo”*, para el cual se ha recibido una subvención del Fondo de Investigación Sanitaria MDO7/00169.
- Se ha recibido una subvención del Instituto Carlos III (Resolución de 25 de julio de 2007) en acciones de sensibilización y formación en evaluación, para la realización de 2 talleres sobre *“Metodologías de Evaluación para el desarrollo de políticas de salud”* dirigidos a profesionales de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud y técnicos de programas de salud pública, dentro del área temática de Evaluación de Servicios Sanitarios.

3.2 FASES DE LA EVALUACIÓN

La evaluación se ha desarrollado en 7 fases, que aunque se presentan correlativas han sido "recursivas" en muchos momentos del proceso, ya que se permite volver hacia atrás para revisar los criterios preestablecidos inicialmente (ver gráfico 2: Desarrollo metodológico).

Gráfico 2 - Desarrollo metodológico de la evaluación



Con la finalidad de validar el proceso, se creó una Comisión Técnica de Seguimiento, eligiendo a personas que por su posición y conocimiento podían aportar visiones complementarias, representando a la DG de Salud Pública, al Servicio Cántabro de Salud, y a la DG de la Mujer (Unidad de Igualdad de Género). Además se contó con analistas expertas en el área de género en salud.

3.2.1 FASE I: RECONOCIMIENTO DE LA UNIDAD DE EVALUACIÓN

Esta fase tuvo lugar entre los meses de julio de 2007 a enero del 2008. En la primera reunión de la Comisión Técnica de Seguimiento se realizó un análisis situacional y se consensuaron los principios y las fases de la evaluación. Los fundamentos de la reunión están desarrollados en el apartado correspondiente a la Evaluabilidad del Plan (ver apartado 4).

3.2.2 FASE 2: IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES IMPLICADOS

Para la identificación de los actores se contó con la colaboración, en una primera instancia, del equipo de la Sección de Programas de Salud de la Mujer, aunque durante todo el proceso se fueron incorporando otros informantes.

Para la elección de estos primeros actores se propuso tener en cuenta los siguientes criterios: a) el *ámbito de actuación* en el cual la persona participó en el Plan (diseño, desarrollo y/o ejecución) relacionado también con el nivel de responsabilidad sobre el mismo, b) la *temporalidad* en cuanto al periodo de su implicación, y c) el nivel de compromiso respecto al plan en cualquiera de sus fases (voluntariedad de implicación).

Desde esta perspectiva se identificaron lo que algunos autores llaman “actores primarios”, que son aquellos directamente afectados por el programa (tanto positiva como negativamente), y “actores secundarios” que son los que están interesados indirectamente en el programa (Springett J, Young A, 2002). Para la selección de participantes se siguió un guión de preguntas sobre los valores, expectativas e intereses de cada uno de los participantes. El criterio de selección de los entrevistados se fue ajustando a lo largo del trabajo de campo, incrementando el número de participantes a fin de obtener una adecuada representatividad de las visiones de los actores primarios y secundarios.

3.2.3 FASE 3: DETERMINACIÓN DE LAS PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

Una **tercera fase** fue la de identificación de las necesidades informativas respecto a los distintos objetivos planteados.

Con este fin se trabajó con los distintos agentes desde la lógica de “**quién**” quiere saber “**qué**” en relación a:

- El **diseño** que se realizó del Plan.
- El **modelo de atención** planteado en el Plan.
- La **consecución de los objetivos** del Plan.
- Los **procesos** ejecutados (coordinación, trabajo transversal, accesibilidad, etc.).
- Los **recursos** disponibles para implementarlo.
- Los **resultados** (productos y efectos esperados y no esperados) derivados de las actuaciones realizadas.

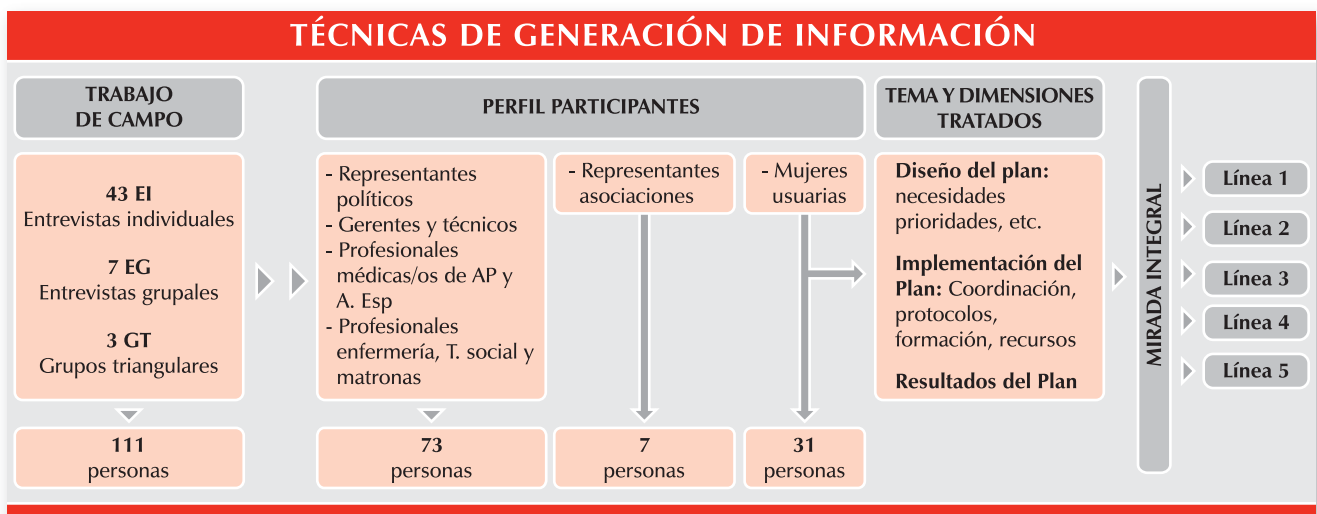
En esta fase se realizaron básicamente entrevistas en profundidad y semi-estructuradas a Informantes Clave ¹². La técnica, en el primer caso, ha consistido en la elaboración de un guión de preguntas abiertas que ha permitido cubrir una serie de áreas temáticas generales para cada informante, construyendo un solo guión ampliado que se fue adaptando a los diferentes informantes (*ver anexo metodológico: Guión entrevistas a informantes clave*). Junto a este guión se fue construyendo un listado de tópicos de respuesta que sirvieron de guía para comprobar el nivel de saturación de los temas considerados en base a la información obtenida, así como para realizar una segunda fase de entrevistas más estructuradas en aquellas áreas con falta de información.

Hay que señalar que a pesar de que el eje del trabajo en esta fase era la búsqueda de preguntas de evaluación, los informantes también aportaron respuestas a sus propias preguntas. Esta situación supuso un cambio de estrategia en la generación de información, optando por fusionar la 3ª y 4ª fase del proceso.

3.2.4 FASE 4: GENERACIÓN Y RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN (RESPUESTAS)

En esta fase se ha generado y recogido información utilizando para ello dos tipos de fuentes: primarias (información recogida de los agentes participantes) y secundarias. Para generar la nueva información se han utilizado las técnicas de entrevista individual y grupal, y para las secundarias se ha accedido a las fuentes de datos disponibles (*ver gráfico 3: Técnicas de generación de la información*).

Gráfico 3 - Técnicas de generación de la información



¹² El término Informante Clave se aplica a cualquier persona que pueda brindar información global sobre la unidad de evaluación. Al comienzo de la misma se utiliza para determinar los temas pertinentes y relevantes a tratar (agenda temática).

La estrategia previa a la recolección de información cualitativa ha sido determinar el perfil de personas a entrevistar. Para buscar la máxima “variabilidad” de informantes por cada línea se realizó un “muestreo intensivo por representatividad teórica”¹³. Los criterios elegidos se presentan a continuación por cada línea de actuación en el cuadro siguiente:

LÍNEAS	PERFIL	CRITERIOS ESPECÍFICOS	CRITERIOS GENERALES
LÍNEA 1: Visualizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud.	Gestores del Sistema Sanitario.	Cargo en la organización.	Momento de la participación: diseño, ejecución y evaluación. Conocimiento e implicación en el Plan.
	Profesionales de la salud.	Categoría profesional. Centro Sanitario. Ámbito de actuación (rural, urbano).	
	Asociaciones implicadas en la línea 1.		Asociaciones registradas en Cantabria.
LÍNEA 2: Mejorar la Salud Reproductiva.	Gestores del Sistema Sanitario.	Cargo en la Organización.	Momento de la participación: diseño, ejecución y evaluación. Conocimiento e implicación en la línea.
	Profesionales de la salud.	Categoría profesional. Centro Sanitario. Ámbito de actuación (rural, urbano). Especialización: (Atención Primaria, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Neonatología, Anestesia, Matronas Enfermería).	
	Usuaris, madres cuyo parto ha sido en 2008.	Número de partos: primigestas y multigestas. Lugar de procedencia: autóctonas e inmigrantes Lugar de residencia: rural y urbano. Patrones de seguimiento: seguimiento compartido entre profesional médico y matrona; y seguimiento exclusivo de la matrona Tipos de parto.	
	Asociaciones implicadas en la línea 2.		Asociaciones registradas en Cantabria.

Continúa en la página siguiente

¹³ El muestreo intensivo por representatividad teórica se basa en seleccionar muestra según criterios determinados previamente a partir del conocimiento de la cuestión, la bibliografía especializada y los objetivos. Es importante en este muestreo que se cumplan dos requisitos fundamentales: a) que cada caso tenga el potencial para ayudar al equipo investigador a la comprensión del tema de estudio y b) que con el número de casos se sature la información que se necesita.

Continuación

LÍNEAS	PERFIL	CRITERIOS ESPECÍFICOS	CRITERIOS GENERALES
LÍNEA 3: Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama.	Gestores del Sistema Sanitario.	Cargo en la Organización.	Momento de la participación: diseño, ejecución y evaluación. Conocimiento e implicación en la línea.
	Profesionales de la salud.	Categoría profesional. Centro Sanitario. Ámbito de actuación (rural, urbano). Especialización: (Atención Primaria, Ginecología, Radiología). Matronas y Enfermería.	
	Mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.	Participación en el Programa: usuarias y no usuarias del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Resultado de diagnóstico positivo. Fase del tratamiento. Lugar de residencia: rural y urbano.	
	Asociaciones implicadas en la línea 3.		Asociaciones registradas en Cantabria.
LÍNEA 4: Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género.	Gestores del Sistema Sanitario.	Cargo en la Organización.	Momento de la participación: diseño, ejecución y evaluación. Conocimiento e implicación en la línea.
	Profesionales de la salud.	Categoría profesional. Centro Sanitario. Ámbito de actuación (rural, urbano). Especialización: Atención Primaria, Ginecología, Obstetricia, Psicología. Enfermería, Trabajadores sociales.	
	Mujeres participantes de algún servicio de atención a las víctimas de violencia de género.	Dada la delicada situación de muchas de las mujeres en situación de violencia, se optó por realizar un criterio de selección de oportunidad. Eso significa que la selección de perfiles estuvo supeditada a la participación de dichas mujeres en grupo terapéutico y, en última instancia, al criterio de la psicóloga responsable de dicho grupo terapéutico.	
	Asociaciones implicadas en la línea 4.		Asociaciones registradas en Cantabria.

Continúa en la página siguiente

Continuación

LÍNEAS	PERFIL	CRITERIOS ESPECÍFICOS	CRITERIOS GENERALES
LÍNEA 5: Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables.	Gestores del Sistema Sanitario.	Cargo en la Organización.	Momento de la participación: diseño, ejecución y evaluación. Conocimiento e implicación en la línea.
	Profesionales de la salud.	Categoría profesional. Centro Sanitario. Ámbito de actuación (rural, urbano). Especialización: (Atención Primaria, Ginecología, Obstetricia, Psicología). Enfermería.	
		Mujeres con distintas discapacidades y enfermedades raras.	
	Asociaciones implicadas en la línea 5.		Asociaciones de pacientes registradas en Cantabria.

A) Técnicas utilizadas en esta fase

Entrevista en profundidad (descrita en el apartado anterior).

Métodos de interlocución grupal.

Se han utilizado varias técnicas de generación de información en formato grupal: **el grupo de discusión, la entrevista grupal y el grupo triangular.**

El **grupo de discusión** en la práctica es un grupo de personas que debaten sobre un tema determinado, inducidos por un moderador formal durante un par de horas aproximadamente. Esta situación recrea una vivencia colectiva focalizada en una serie de temas deliberadamente seleccionados según un guión tentativo y modificable en el transcurso de la sesión (Alonso LE, 1994).

El grupo de discusión es así un dispositivo diseñado para investigar los lugares comunes que tienen los diferentes grupos, creando una situación que lo facilita a partir de la interacción.

En la **entrevista grupal** por el contrario, no se alcanza el nivel de conversación en el grupo, dándose la entrevista singular en una escucha en grupo, produciéndose así puntos de vistas personales. El guión de la entrevista grupal es dirigido y con mayor cantidad de preguntas.

En la práctica, los grupos realizados han tenido en ocasiones esta doble dimensión, de entrevista grupal por un lado, porque remite a la experiencia interna e individual (más autobiográfica), y al mismo tiempo de grupo de discusión, en cuanto aparece claramente el discurso que refleja el aspecto social compartido o enfrentado de un colectivo al cual se pertenece.

Los grupos triangulares ocupan una posición intermedia entre las entrevistas personales, más orientadas a la captación de la estructura profunda y singular de cada persona, y los grupos de discusión. Se llama grupo triangular porque la componen tres personas elegidas a partir de sus posiciones discursivas "fuertes" y por la presencia simultánea de tres elementos: a) las diferentes perspectivas de los componentes del grupo; b) los colectivos de pertenencia y las ideologías sociales de referencia; y c) la propia perspectiva del investigador (Conde F, 1996).

Se ha elegido esta técnica cuando se han querido contrastar diferentes visiones sobre un tema identificado anteriormente desde posiciones contrarias y/o complementarias, o porque se consideraron todas las informaciones posibles para tener la visión global sobre un tema.

De forma sintética, hay que señalar que el trabajo de campo se ha realizado en su mayor parte de febrero a mayo de 2008. Tal como se ha visto en el gráfico 3, a lo largo del proceso se han realizado un total de **43 entrevistas en profundidad** (representantes políticos y gerentes, profesionales, asociaciones y usuarias), y **7 entrevistas grupales** (3 grupos con profesionales para las líneas 2 y 4; 3 grupos con usuarias para las líneas 2, 3 y 4, y uno para la línea 5 con usuarias de asociaciones de pacientes y asociaciones de personas con discapacidades). También se han realizado **3 grupos triangulares** con profesionales vinculados a las líneas 2 y 4.

Eso significa que a lo largo del proceso se ha trabajado con un **total de 111 personas**.

De esas 111 personas, **73** han realizado aportaciones fundamentalmente desde su condición de profesionales implicados en los servicios de salud.

Otras **7** personas han colaborado aportando el punto de vista de las asociaciones a las que representaban (al margen de que, obviamente, también se expresaron como personas usuarias de los servicios).

Finalmente, **31** personas han participado en condición de usuarias de los servicios relacionados con las distintas líneas prioritarias del Plan (10 de las cuales también se han expresado desde su condición de personas asociadas).

Finalmente, los perfiles de las personas que han participado han sido los siguientes:

- Representantes políticos vinculados con el impulso, diseño y seguimiento del Plan.
- Jefe de Servicio, Jefes de Sección y técnicos de la DG de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de Cantabria.
- Gerentes, Subdirector de Asistencia Sanitaria, Directores y Subdirectores Médicos y de Enfermería de las Gerencias de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud.
- Profesionales médicos de Atención Primaria de los centros de salud: CS Campoo, CS Los Valles, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Agüera, CS Los Valles, CS Santoña. CS Laredo, CS Pisueña-Selaya, CS Isabel II-Centro.

- Profesionales Médicos y de Enfermería de Atención Especializada en Ginecología y Obstetricia (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo, Hospital Sierrallana).
- Profesionales Médicos de Salud Mental y de Servicios de Urgencias de Atención Primaria.
- Profesionales de Enfermería y Trabajo Social (CS Campoó, CS Camargo, CS Dobra, CS Dávila, CS Saja, CS Liébana, CS Marina Cudeyo, CS Miera, CS Santoña. CS Laredo).
- Profesionales Matronas de Atención Primaria (CS Suances, CS Cudeyo, CS Covadonga) y de Atención Especializada (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Hospital de Laredo).
- Coordinadora de la Unidad Docente de Matronas.
- Profesionales del Centro de Orientación Familiar la Cagiga, con diferentes perfiles profesionales (médico coordinador del centro, psicólogo, personal de enfermería, trabajadora social).
- Mujeres usuarias participantes en el Programa de Detección Precoz de cáncer de mama, de diferentes zonas (rurales y urbanas).
- Mujeres usuarias que habían utilizado recientemente los recursos de atención prenatal, parto y puerperio.
- Mujeres usuarias de los servicios de Atención a Víctimas de Violencia de Pareja, detectadas en Atención Primaria.
- Mujeres pertenecientes a asociaciones de pacientes y a asociaciones de personas con discapacidades físicas, sensoriales, mentales e intelectuales, que son usuarias de servicios y recursos relacionados con las distintas líneas del Plan de Salud para las Mujeres.
- Representantes de las asociaciones: ALEGA, Asociación El Parto es nuestro; Asociación La Buena Leche; AMUCCAN; Asociación Española Contra el Cáncer; Asociación Consuelo Bergés; Asociación CAVAS; y de las asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades que conforman las federaciones COCEMFE y CERMI.

B) Las fuentes de información secundarias

Para la aproximación a los **datos secundarios**, se ha procedido a recoger publicaciones, fuentes bibliográficas e informaciones estadísticas sistematizadas por diferentes instituciones en relación al Plan, para ser analizados en términos evaluativos.

A continuación se presenta un listado de las fuentes secundarias e instituciones consideradas a lo largo del proceso:

- Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública.
- Memoria 2004 Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública.

- Memoria 2005. Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Memoria 2006. Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Memoria 2007. Plan de Actuación: Salud para las mujeres (2004-2007). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. 5ª Vuelta (2005-2006). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública, 2005.
- Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Evaluación 5ª Vuelta (2005-2006). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública, 2007.
- Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Servicio Cántabro de Salud, 2006.
- Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos (Violencia contra las Mujeres). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Servicio Cántabro de Salud, 2006.
- Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales (Violencia contra las Mujeres). Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. Servicio Cántabro de Salud. 2006.
- Informe: La anticoncepción postcoital en Cantabria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública, 2006.
- Protocolo de Dispensación de Anticoncepción de Emergencia. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. 2006.
- Estrategia para la Atención al Parto Normal. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2007.
- Informe sobre la Perspectiva de Género en los Sistemas de Información y Registro de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública. 2004.
- Informe: La anticoncepción postcoital en Cantabria. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Dirección General de Salud Pública, 2006.
- Memoria 2005. Centro de Orientación Familiar "la Cagiga". Servicio Cántabro de Salud.
- Memoria 2006. Centro de Orientación Familiar "la Cagiga". Servicio Cántabro de Salud.
- Memoria 2007. Centro de Orientación Familiar "la Cagiga". Servicio Cántabro de Salud.

- Documento Interno: TI-20-1311-EVS-001 Análisis Situación Previa SISAPA (Sistema de Información en Salud Pública).
- Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMI-AP: Gestión informatizada del proceso sanitario en Atención Primaria., 2008.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud, 2007.

3.2.5 FASE 5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al mismo tiempo que se iba generando información se inició una quinta fase de análisis e interpretación. El hecho de que se consideren las dos fases de manera simultánea se explica por la voluntad de alcanzar dos objetivos: el primero, sistematizar las principales dimensiones y variables, y completar la matriz de evaluación (todas las preguntas y respuestas). El segundo, comprobar la saturación discursiva, que es el punto en el cual se ha recogido la máxima variabilidad de información teniendo en cuenta todos los discursos y posiciones posibles sobre la cuestión a investigar. A partir de este momento se considera finalizada la búsqueda de temas emergentes y la recogida de información será por tanto reiterativa.

En este sentido, el marco de análisis se configura alrededor de los dos grandes objetivos de evaluación expuestos anteriormente:

A) Evaluabilidad del Plan.

B) Resultados de la Evaluación del Plan para cada línea de actuación.

A) La Evaluabilidad del Plan

La evaluabilidad del Plan se ha dividido en dos subdimensiones, para dar cabida al mismo tiempo a una mirada más abstracta o conceptual, y otra más operativa o formal que es la que aborda este informe.

En primer lugar, se apuntó la necesidad de evaluar el Plan desde **la lógica de los marcos teóricos que subyacen en el mismo**.

En el ámbito de la evaluación de programas y políticas públicas las preguntas suelen relacionarse con lo que algunos autores (Weiss CH, 1995) (Chen, 1990) denominan la evaluación de la “teoría del programa”. En realidad se trata de ver las creencias y las hipótesis que sustentan el Plan.

En este caso se ha optado por abordar estas cuestiones desde la lógica que plantean Bustelo y Lombardo (Bustelo M, Lombardo E, 2007) a raíz del desarrollo del proyecto MAGEEQ¹⁴ (Mainstreaming Gender Equality in Europe).

¹⁴ MAGEEQ es un proyecto europeo de investigación (2003) cuyo objetivo es analizar los marcos interpretativos de las políticas de igualdad de género en Europa y así contribuir a la mejora de la formulación de dichas políticas. El proyecto fue financiado por la Comisión Europea en el ámbito del V Programa Marco.

Para llevarlo a cabo, se propone la utilización del método de **análisis de marcos interpretativos**¹⁵ el cual se inscribe en el *paradigma constructivista*, en los términos que han quedado explicados en la Introducción. Eso implica partir de la base de que las estrategias propuestas en un Plan contienen en sí mismas una particular conceptualización del problema (desigualdad de género) que, en todo caso, debe ser coherente con el fin último de modificar las estructuras de poder existentes entre hombres y mujeres.

La evaluación de los marcos conceptuales del Plan está siendo desarrollada en profundidad paralelamente, en el marco de una subvención otorgada por el Instituto de Salud Carlos III para el "Análisis de la integración de la perspectiva de género al Sistema de Salud de Cantabria" y no se presenta en este informe.

En segundo lugar, para analizar la evaluabilidad del Plan desde el punto de vista más formal, se han considerado básicamente dos cuestiones:

- La **correspondencia** entre los marcos políticos y legislativos europeos, españoles y cántabros que configuran las prioridades de acción en el marco de cada unidad territorial, en relación a las desigualdades de género en salud.
- El análisis de la **conceptualización del Plan**, en términos de los objetivos redactados y los distintos niveles de planificación (objetivos generales-específicos-operativos-estrategias) previstos.

B) Resultados de la Evaluación del Plan para cada línea de actuación

En este bloque queda recogida la información referente a la evaluación de la eficacia (consecución de los objetivos) así como a la referente a la evaluación de las intervenciones en un sentido más amplio.

Por un lado, y a pesar de las dificultades que se describen más adelante (*ver apartado 4: Evaluabilidad*) se han dado respuesta a los indicadores de evaluación que el propio Plan consideraba para cada una de las líneas de actuación.

Para ello se realizó un análisis de las fuentes secundarias disponibles referidas al seguimiento del Plan (memorias) y de las informaciones recogidas en los distintos registros explotadas ad hoc para analizar el grado de consecución de determinados objetivos.

Al mismo tiempo, en este apartado quedan también recogidas las respuestas y el análisis de contenidos de las aportaciones que los distintos agentes han expresado ante preguntas de evaluación relacionadas con la pertinencia del diseño del Plan; la definición de los modelos de atención a las usuarias; la operatividad y el funcionamiento de los procesos; la adecuación de los recursos disponibles; y la consecución de resultados en términos de efectos y cobertura. Por otra parte, y con

¹⁵ Desde el proyecto MAGEEQ se apoyan en la definición de "marco interpretativo de política" (Verloo 2006:6) como un principio de organización que transforma la información fragmentaria o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye, implícita o explícitamente, una solución".

una lógica analítica más relacionada con el análisis del discurso de los distintos agentes participantes, se expresan las conclusiones de evaluación relativas al cambio social introducido por el Plan en el marco de las Políticas Públicas de Salud y de Género.

Así, para facilitar la interpretación de las distintas aportaciones, en esta dimensión analítica se sistematizan las informaciones bajo los siguientes epígrafes que se explican en detalle en el apartado 5:

1. Evaluación de Diseño.
2. Evaluación del Modelo de atención.
3. Evaluación de Procesos.
4. Evaluación de Recursos.
5. Evaluación de Resultados.

3.2.6 FASE 6: RECOMENDACIONES Y DIFUSIÓN

Durante esta fase se ha trabajado en la redacción y en el diseño de la estrategia de difusión de los resultados obtenidos.

Las informaciones generadas se fueron analizando por el equipo externo y se validaron por la Comisión Técnica de Seguimiento. En este sentido se planteó la necesidad de celebrar un taller orientado a la interpretación de los resultados y la construcción conjunta de conclusiones y recomendaciones de cambio.

Por otro lado, a lo largo del mes de mayo de 2008 se planificó una estrategia de difusión del proceso de evaluación con la doble finalidad de:

- Retornar a todos los agentes participantes del proceso de evaluación, la cristalización de sus aportaciones en términos de contribución al cambio.
- Contribuir a fomentar la cultura de evaluación entre los distintos profesionales e instituciones implicados en el proyecto.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La evaluación se ha llevado a cabo siguiendo los principios contenidos en la Declaración de Helsinki ¹⁶.

Para salvaguardar la confidencialidad de la información generada se garantizó a los participantes que la información recogida mediante la grabación sólo sería escuchada por los investigadores, transcrita y anonimizada para el análisis. De esta manera, todos los datos de identificación de los participantes así como los nombres de ciudades, familiares, profesionales, hospitales u otros centros han sido codificados.

¹⁶ Declaración de Helsinki, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.



RESULTADOS: EVALUABILIDAD

4

4. RESULTADOS: EVALUABILIDAD

La evaluabilidad de un programa o política, tal y como su nombre indica, consiste básicamente en valorar si este es "evaluable". Lógicamente es una valoración que se realiza antes de empezar con cualquier evaluación y sirve para determinar la viabilidad y la utilidad de la misma.

En su origen, el término "evaluabilidad" hacía referencia a los intereses de gestores y administradores de programas por establecer las bases de una evaluación sobre criterios técnicos y funcionales.

Así, hasta finales del siglo XX los criterios para determinar la viabilidad de una evaluación tenían que ver con cuestiones estrictamente técnicas (objetivos claros y alcanzables, indicadores observables y/o mesurables, etc.) y centradas en la concepción gerencial estadounidense de los años 70. Es a partir de finales de los años 90 que varios autores apuntan la necesidad de trascender esos planteamientos e incorporar unos criterios de carácter más político y contextual. En este sentido destaca la puntualización de Chelimsky (1998) en cuanto a que no contar con objetivos claros, tratar un tema polémico o no tener conocimientos específicos sobre el tema objeto de evaluación, no son cuestiones que por ellas mismas hagan recomendable no realizar una evaluación.

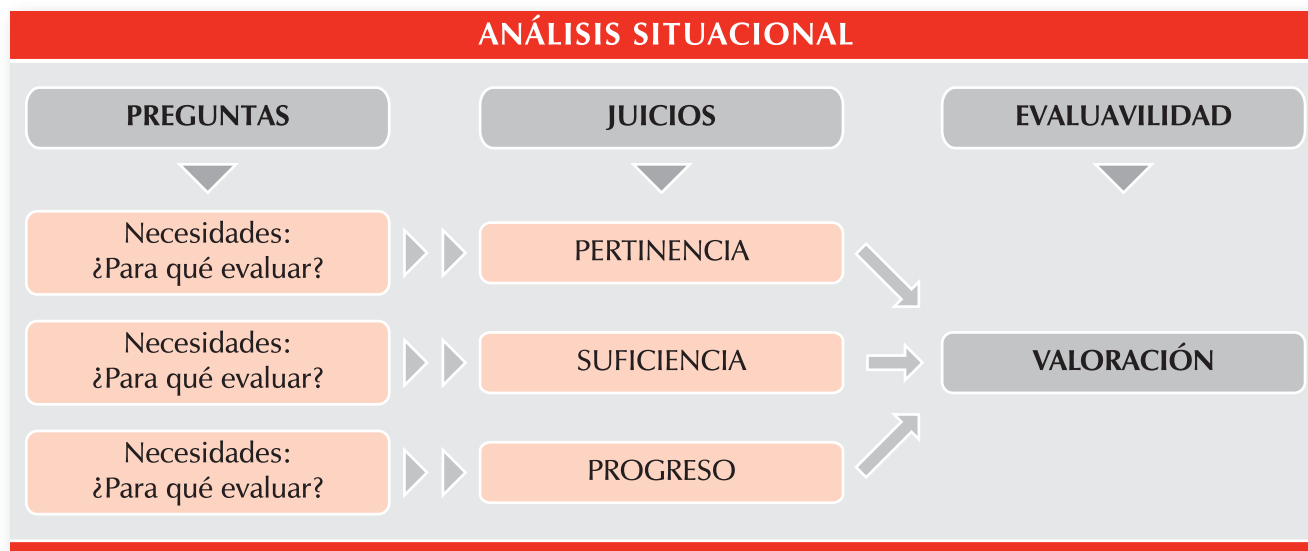
Las aportaciones de éste y otros autores ¹⁷, han contribuido a superar esta visión gerencial de la evaluabilidad, introduciéndose criterios de carácter estratégico que trascienden las cuestiones técnicas para incluir las de carácter gubernamental. Así, una valoración de la evaluabilidad, también va a considerar si la implicación y la disposición del entorno gestor y responsable del Plan a evaluar es de colaboración, tratando a su vez de promover un clima de cooperación e interacción entre "evaluados y evaluadores".

El trabajo con la Comisión Técnica de Seguimiento consistió, en un primer momento, en emitir un juicio de valor respecto a la conveniencia de evaluar el Plan, las limitaciones que se podían encontrar, las cuestiones que podían ayudar a sortearlas, y los usos a los que se debía orientar la evaluación.

Fue en la primera reunión de la Comisión Técnica de Seguimiento en la que se realizó un análisis situacional, y aún teniendo en cuenta las cuestiones de carácter técnico (suficiencia), se priorizaron las cuestiones de carácter político-estratégico, tal como puede verse en el gráfico 5. Evaluar el Plan era conveniente porque había sido implementado con intensidad notable a lo largo de cuatro años en los servicios de salud de Cantabria (progreso) y porque también se planteó redactar una segunda edición del Plan sobre la base de la evaluación del primero (pertinencia).

¹⁷ Entre ellos, Wholey JS; 1977, Horst P; 1974, y Rutman L; 1980.

Gráfico 4 - Esquema del análisis situacional



Fuente: elaboración propia.

Basado en Merino M. Agencia de Evaluación y Calidad, 2007.

En este sentido cabe dejar constancia de que la “utilidad estratégica” se expresó en términos de:

Conveniencia estratégica de visualizar todas las acciones desarrolladas bajo el amparo de la primera edición del PASM, en la medida que fue un Plan ampliamente desarrollado y gozaba de unas condiciones de ejecución que permitían el juicio de procesos y resultados.

Necesidad de construir una II edición del PASM, que se nutriera de unas recomendaciones de cambio basadas en la evaluación integral de la edición anterior del Plan.

Oportunidad de contribuir al fortalecimiento de la cultura de evaluación en un amplio abanico de instituciones y servicios.

4.1 LOS MARCOS POLÍTICOS DE REFERENCIA

A continuación se desarrolla la descripción de la **correspondencia** entre los marcos políticos y legislativos de referencia (europeos, españoles y cántabros) que configuran las **prioridades de acción** en el marco de las distintas unidades político-administrativas y el PASM.

Línea 1 | Visibilizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud

La primera línea estratégica del Plan, cuyo objetivo es: *reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres mediante el análisis de las diferencias de género*, se corresponde con el marco de desarrollo en las líneas de la Propuesta ¹⁸ de Resolución del Parlamento Europeo sobre la discriminación de género en los sistemas de salud que quedó recogida en el acto legislativo 771/2006/CE sobre la Igualdad de Oportunidades para Todos ¹⁹.

En ella se hace referencia a la necesidad de analizar las diferencias en las relaciones entre mujeres y hombres desde el punto de vista de los roles de género, para visualizar así su influencia en los factores de protección y de riesgo; el acceso a los recursos; la aparición, gravedad y frecuencia de las enfermedades; las condiciones sociales y culturales del estado de salud y la enfermedad; la respuesta de los sistemas y servicios sanitarios; y el papel de las mujeres y los hombres como proveedores informales de cuidados sanitarios.

Aunque el PASM se plantea como objetivo para esta primera línea de actuación la incorporación de la variable sexo en los registros y sistemas de información sanitarios, **no se puede decir que se adscriba por completo a las formulaciones del Parlamento Europeo**, en la medida que las propuestas de éste sugieren el análisis (y no sólo la recogida) de lo que dichas variables sugieren.

Entre otras cosas, la propuesta de resolución subraya la importancia de incluir la perspectiva de género en todas las políticas sanitarias y en los procesos de toma de decisiones, y en ese sentido, **se corresponde con la voluntad explícita del Plan** de incorporar la perspectiva de género, como mínimo, en el 70% de los programas y protocolos puestos en marcha desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

En este sentido, el PASM da respuesta a la anterior Resolución del Consejo relativa al Informe sobre el Estado de Salud de las Mujeres en la Comunidad Europea ²⁰ de 1997, en la que subraya la ausencia de datos desagregados por sexo y llama a los Estados Miembros a recoger información de salud desagregada por sexo, que tenga en cuenta los factores socioeconómicos, así como a recoger información sobre problemas de salud específicos de las mujeres, prestando especial atención a la mejora de la calidad de vida.

¹⁸ Propuesta de resolución del Parlamento Europeo sobre la discriminación de género en los sistemas de salud (2004/2218(INI)).

¹⁹ Acto legislativo 771/2006/CE en : http://eur-lex.europa.eu/Result.do?T1=V4&T2=2006&T3=771&RechType= RECH_naturel&Submit=Buscar

²⁰ Resolución del Consejo del 4 de diciembre de 1997 relativa al Informe sobre el Estado de Salud de las Mujeres en la Comunidad Europea, DOUE C 394 de 30.12.1997

En relación al análisis de las diferencias de género, el **marco político administrativo del Estado Español** dispone por ley ²¹ distintas medidas para incorporar la valoración del impacto de género y desarrollar la igualdad efectiva entre hombres y mujeres.

En relación al ámbito de la salud, dicho marco pone de manifiesto la conveniencia de integrar y/o adecuar la perspectiva de género en estadísticas y estudios, así como en la formulación, desarrollo y evaluación de programas de salud, identificando las distintas necesidades de mujeres y hombres, y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

El **PASM recoge las directrices legislativas españolas relativas a la visibilización de las desigualdades de género en Salud**, e incorpora las llamadas a fomentar la investigación científica que atienda las diferencias entre mujeres y hombres; promover la obtención y el tratamiento desagregados por sexo de los datos; y la adopción sistemática de iniciativas destinadas a favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres.

También en el Plan queda recogida la voluntad de integrar el principio de igualdad en la formación del personal.

Si embargo hay **directrices que no encuentran un desarrollo explícito en el Plan**, y que tienen que ver con la consideración del acoso sexual, el acoso por razón de sexo y el fomento de la presencia equilibrada de mujeres y hombres en los puestos directivos y de responsabilidad.

Línea 2 | Mejorar la Salud Reproductiva

La segunda línea de actuación del Plan de Salud para las Mujeres atiende a la mejora de la salud reproductiva de las mujeres y sus objetivos generales son los de: *a) fomentar el disfrute de la sexualidad libre y responsable; b) prevenir el embarazo no deseado; y c) aumentar el nivel de salud de las mujeres gestantes y puérperas y de sus hijos e hijas.*

Las directrices de la Unión Europea se materializan por un lado, en formulaciones muy amplias ²² que recomiendan la colaboración de los Estados Miembros con las ONG y el sector privado para promover el diálogo con la población joven y grupos vulnerables para la formulación de las estrategias.

²¹ Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

²² Resolución 1399 (2004) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Estrategia europea para la promoción de la salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia.

Y por otro, en **las recomendaciones de la Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva** ²³ que apuntan la necesidad de promover la información sobre las posibilidades efectivas y responsables de planificación familiar; proporcionar anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos; fomentar la anticoncepción de urgencia; mejorar y ampliar el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios adecuándolos a sus preferencias y necesidades.

Todas esas consideraciones **se han incorporado en el PASM**, y con mayor o menor medida se han explicitado en los objetivos y estrategias del mismo.

Al mismo tiempo, cabe decir que en el ámbito de la salud reproductiva **hay recomendaciones europeas que no se han priorizado de manera explícita en el Plan**, como son el fomento de la investigación científica en el ámbito de la anticoncepción destinada a los hombres (con el fin de garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres); la formación a equipos multidisciplinares que presten servicios especializados de salud sexual y reproductiva a grupos específicos (por ejemplo, inmigrantes); y la participación activa de los jóvenes en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas de educación sexual.

En el ámbito de la salud reproductiva, un marco muy específico lo establece la **legislación de la Comunidad Autónoma de Cantabria** con la Orden ²⁴ **por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo, y el Decreto** ²⁵ **de los Derechos de la Madre, el Padre y el Recién Nacido** en relación al nacimiento en el ámbito sanitario, que se desarrollan con la amplitud necesaria en el PASM.

Dicha Orden tiene como objetivo fundamental garantizar el conocimiento por parte del personal sanitario de los antecedentes y evolución de la gestación y, al mismo tiempo, el derecho de la mujer embarazada a estar informada sobre todos los datos relativos al desarrollo de su embarazo, así como a que se reconozca su autonomía en torno a la atención al parto y al nacimiento.

Por otro lado, en el Decreto se plantea el objetivo de regular los derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación con la asistencia sanitaria que deben recibir en el proceso del nacimiento. Este Decreto es de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios, tanto públicos como privados, de Cantabria.

²³ Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)).

²⁴ Orden SAN/35/2007, de 30 de noviembre, por la que se regula la Cartilla de Salud del Embarazo de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

²⁵ Decreto 23/2007 de 1 de marzo. Derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación al nacimiento en el ámbito sanitario.

Línea 3 | Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama

Los objetivos de esta tercera línea tienen que ver con disminuir la mortalidad por cáncer de mama, aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a las mujeres con cáncer de mama.

El marco europeo al que efectivamente se adscribe el Plan lo contempla la Propuesta ²⁶ de Resolución del Parlamento Europeo sobre la Discriminación de Género en los Sistemas de Salud, en la medida que señala el cáncer de mama como uno de los problemas sanitarios y de salud más graves que afectan a las mujeres.

Esta línea está en total **consonancia con la Resolución del Parlamento Europeo sobre el Cáncer de Mama en la Unión Europea** ²⁷, que establece la importancia de la detección precoz del cáncer de mama sobre todo entre los 50 y 69 años, la accesibilidad a las pruebas necesarias por parte de toda la población, y la calidad de los servicios.

Línea 4 | Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género

En relación a la cuarta línea de actuación, relacionada con la reducción de riesgos para la salud de las mujeres debidos a la violencia de género, el Plan se propone el objetivo de *disminuir los riesgos que para la salud de las mujeres supone la violencia de género, mediante una detección precoz e intervención desde los servicios sanitarios.*

Desde las distintas **recomendaciones emitidas por la Unión Europea a los Estados Miembros en relación a la violencia de género** ²⁸ se desprende la pertinencia de elaborar planes de acción, recoger datos estadísticos asociados a la violencia de género y encontrar nuevas soluciones a través de medidas preventivas y represivas.

Formalmente, **el PASM es un reflejo aplicado de dichas recomendaciones.**

²⁶ Propuesta de resolución del Parlamento Europeo sobre la discriminación de género en los sistemas de salud (2004/2218(INI)).

²⁷ Resolución del Parlamento Europeo sobre el cáncer de mama en la Unión Europea. (2002/2279(INI)).

Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre el tema "La violencia doméstica contra las mujeres" (2006/C 110/15).

²⁸ Propuesta de resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y las futuras acciones (2004/2220(INI)).

En cualquier caso, es en enunciados muy concretos de determinados organismos de la Unión Europea ²⁹ donde se pueden identificar **aspectos relacionados con la violencia de género que no han tenido un trato priorizado en el Plan**, como podrían ser el cumplimiento de medidas integradas o el desarrollo de indicadores específicos.

En el ámbito político administrativo del estado español, hay marcos legales como la Ley ³⁰ de Protección Integral contra la Violencia de Género, que establecen **marcos muy definidos para el PASM** en el ámbito de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario hacia la optimización de la detección precoz y la atención física y psicológica.

De la misma manera, **la legislación cántabra** a través de la Ley ³¹ Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas **establece unos marcos todavía más específicos para la promoción de medidas integrales** para la sensibilización, formación, actuación protocolizada, prevención y erradicación de la violencia de género.

En el Plan se han priorizado fundamentalmente los aspectos relacionados con la protocolización y coordinación de la actuación sanitaria; el registro de los casos de violencia; y la formación y la sensibilización respecto el tema.

Línea 5 | Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables

Los objetivos generales a tratar por el Plan bajo esta 5ª línea prioritaria de actuación están relacionados con a) *Disminuir los riesgos para la salud de las mujeres derivados de la discriminación, laboral y división sexual del trabajo*; b) *Promover la salud mental de las mujeres*; y c) *Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la madurez*.

En este sentido, la producción de los organismos de la Unión Europea también configura un marco general de intervención a tener en cuenta.

En relación al primer objetivo, la discriminación laboral y división sexual del trabajo, los planteamientos del PASM son muy ambiciosos en cuanto a la necesidad de sensibilizar sobre la incidencia diferencial de los factores de riesgo en el trabajo; desarrollar estudios y programas específicos; investigar sobre los riesgos asociados a los trabajos domésticos; sensibilizar para equiparar los roles y responsabilidades de género; y promocionar la conciliación de la vida familiar y laboral en el ámbito sanitario.

²⁹ Conclusiones del Consejo del 2 y 3 de diciembre de 2002 sobre violencia contra las mujeres.

³⁰ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

³¹ LEY 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.

Así pues, vemos que **el Plan se acoge a las distintas resoluciones³² y directivas³³ europeas**, que van dirigidas a promover un enfoque global e integrado de la **articulación de la vida profesional y familiar** que permitan una participación equilibrada de hombres y mujeres en ambas esferas. Esta cuestión se aborda en el Acuerdo de Vacaciones y Permisos del Personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud (24-junio-2004), y en el Acuerdo por el que se Establecen las Medidas para las Condiciones de Empleo del Personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud (BOC 31-05-2007).

En relación al segundo objetivo tratado en esta línea, relacionado con la promoción de la salud mental de las mujeres, de nuevo podemos hacer referencia a la anteriormente citada Propuesta de Resolución del Parlamento Europeo sobre la Discriminación de Género en los Sistemas de Salud, para poner de manifiesto que tanto los trastornos mentales como los relacionados con la alimentación son reconocidos como algunos de los problemas sanitarios y de salud más graves que afectan a las mujeres.

4.2. LA CONCEPTUALIZACIÓN Y DISEÑO DEL PLAN

A lo largo del siguiente apartado se va a revisar y valorar cómo están diseñadas y formuladas las distintas líneas priorizadas en el Plan.

Así pues, se analiza si los objetivos están bien **definidos, formulados, jerarquizados y especificados**. En el marco de este análisis también se atiende a la **coherencia de las estrategias** definidas para cada línea, valorando si éstas responden de forma lógica a los objetivos.

Igualmente, el análisis considera si se han previsto en el Plan los recursos necesarios para la ejecución del mismo, si está explicitada (y en qué medida) una metodología de intervención, y si se han diseñado adecuadamente los mecanismos de seguimiento e información (criterios e indicadores asociados a los objetivos del Plan).

A continuación y tomando como referencia la propia descripción del PASM (para facilitar la lectura de este capítulo se recomienda ver el Anexo 1 donde están explicitadas todas las líneas) se van a ir tratando todos los temas para cada línea de actuación:

³² Resolución del Consejo y de los Ministros de Trabajo y Asuntos Sociales reunidos en el seno del Consejo de 29 de junio de 2000 relativa a la participación equilibrada de hombres y mujeres en la vida profesional y en la vida familiar (2000/C 218/02), DOUE C 218/5 de 31.7.2000.

³³ Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, DOUE L 299/9 de 18.11.2003.

Línea 1 | Visualizar la situación de salud de las mujeres mediante la incorporación de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud

En relación al enunciado de la Línea

Esta línea de actuación introduce una política de salud de ámbito más amplio que el PASM, afectando a todo el sistema de salud de Cantabria, haciendo por tanto patente la **necesidad de un plan general o documento marco que establezca los ejes transversales al sistema de salud**. Este punto ha sido recomendado por varios agentes entrevistados durante el proceso de la evaluación.

El enunciado de la línea integra un objetivo general (*visibilizar la situación de la salud de las mujeres*) y una estrategia (*mediante la introducción de la perspectiva de género en las acciones relacionadas con la salud*), pero no establece las direcciones hacia las actuaciones ni el proceso de desarrollo de las medidas e intervenciones para la inclusión de la perspectiva de género.

En relación al Objetivo General

El objetivo general se plantea en términos de **Misión del Plan** y por tanto es demasiado abstracto, resultando muy difícil de operativizar. Hubiera sido conveniente definir de manera más precisa a que se refería el equipo planificador con "perspectiva de género", y en base a qué lógicas operativas asumía que la promoción de dicha perspectiva iba a reducir desigualdades.

Por otra parte es importante señalar la dificultad de definir objetivos que aludan a metas que excedan el ámbito exclusivo del Plan y se relacionen con la actuación de otros programas de la Consejería de Sanidad y del Servicio Cántabro de Salud, e incluso de otras Consejerías, como la de Educación y la de Servicios Sociales, la cual pasó, a integrar durante el período de actuación del Plan, la Consejería de Trabajo y Bienestar Social.

Al mismo tiempo, se trata de un objetivo de acción que relaciona el análisis de las diferencias de género con la reducción de desigualdades. En ese sentido hace una referencia implícita a la necesidad de visualizar y analizar dichas diferencias, pero eso al mismo tiempo no presupone una intervención eficaz en la reducción de desigualdades.

En relación a los Objetivos Específicos

En relación a la correspondencia entre los objetivos específicos y el objetivo general se identifica un desajuste en cuanto a la "naturaleza" de los mismos: Un objetivo general de acción ("reducir desigualdades"), se concreta en un objetivo específico relacionado estrictamente con la introducción de un variable ("el sexo").

En relación a las Estrategias

Las estrategias deberían hacer referencia al “cómo”, a los medios y procedimientos a poner en marcha para el logro de los objetivos. Por ejemplo, la estrategia definida como “Introducir la perspectiva de género...” debería especificar cómo se va a hacer. Partiendo de esta premisa, las estrategias tal y como están definidas en esta línea de actuación podrían equivaler a principios rectores del Plan, o incluso a objetivos.

Es necesario además apuntar que la perspectiva de género no es susceptible de ser “introducida” en los sistemas de información. Se pueden introducir variables susceptibles de ser analizadas en su conjunto con perspectiva de género, como son el sexo, la clase socioeconómica, el nivel educativo, etc. El Plan se planteó en principio introducir la variable sexo, lo cual permite realizar un análisis diferenciado por sexo. Es el análisis relacional de las variables mencionadas (y otras) lo que garantizaría un análisis con perspectiva de género.

En relación a los Criterios de Evaluación e Indicadores

Primeramente, los criterios de evaluación e indicadores propuestos resultan insuficientes para dar respuesta a las cuestiones que se desprenden de las seis Estrategias.

En segundo lugar, una formulación genérica de indicadores, como por ejemplo “grado de incorporación de la perspectiva de género en los procesos asistenciales” no cumple los requisitos comúnmente aceptados para definir un “indicador”. El principal de los cuales es que el indicador sea explícito, de tal manera que su redacción sea suficiente para entender si se trata de un valor absoluto o relativo, de una tasa, una razón, un índice, etc.

En un sentido similar, formulaciones como “Programas o Protocolos (...) que incorporan la perspectiva de género” no se acaban de ajustar a recomendaciones relacionadas con la necesidad de que los indicadores sean claros (¿programas o protocolos?) y de fácil comprensión (¿está claro qué significa incorporar la perspectiva de género?).

Línea 2 | Mejorar la salud reproductiva

En relación al enunciado de la Línea

El enunciado de esta línea marca un objetivo general, “mejorar la salud reproductiva”, pero no una línea de actuación hacia su consecución o un proceso mediante el cual se espera lograr alcanzar un estado futuro.

En relación a los Objetivos Generales

Se trata de objetivos generales relacionados con tres ámbitos de actuación (*disfrute de la sexualidad, embarazo no deseado y salud de mujeres gestantes y puérperas*) de amplias dimensiones y múltiples posibilidades de abordaje. Estos podrían corresponder a su vez a principios rectores del Plan en materia de salud reproductiva.

En relación a los Objetivos Específico

No existe correspondencia entre los objetivos generales y los específicos. En primer lugar porque no parece que el primer objetivo general relacionado con el "fomento del disfrute de la sexualidad libre y responsable" tenga un desarrollo específico que contribuya a su operacionalización.

Y en segundo lugar porque un objetivo como "Prevenir el embarazo no deseado" podría considerarse igualmente como un objetivo de demasiada amplitud para ser desarrollado únicamente con una declaración de intenciones, no directamente relacionada con la prevención: "Mantener las tasas decrecientes de embarazo en adolescentes y de IVEs".

Respecto al segundo objetivo específico, la formulación en términos de "Ofertar consulta preconcepcional al menos al 80% de las mujeres que planifiquen su embarazo" puede inducir a confusión al no estar claro si se refiere exclusivamente a las mujeres que solicitan un servicio de consulta preconcepcional o a la puesta en marcha de un servicio que no existe.

Una de las cuestiones que se ponen de manifiesto con este análisis es la naturaleza cambiante de los contextos y las circunstancias que posibilitan nuevos desarrollos, no contemplados durante la planificación o que entran en contradicción con lo planificado. Lo que en un primer momento se consideró como objetivo específico a alcanzar por el Plan (por ejemplo, *> 90% de partos con anestesia epidural*) entraría en clara contradicción con los principios del parto fisiológico, también promocionados desde el Plan (*disminución de la aplicación sistemática de analgesia epidural*). Hay que tener en cuenta aquí que aunque no se explicitara en el Plan, el objetivo de llegar a *>90%* de epidurales se refería realmente a alcanzar ese porcentaje de cobertura para las mujeres que la solicitaran.

Finalmente, volver a apuntar en este apartado las dificultades y contradicciones que se desprenden de incorporar objetivos relacionados con metas que no son de competencia exclusiva del Plan: por ejemplo el objetivo específico de "Aumentar porcentaje de mujeres que mantienen la lactancia materna". Existe un Plan de Lactancia Materna, paralelo al PASM que da cobertura a distintas actuaciones orientadas a la promoción y mantenimiento de la lactancia materna. Este plan se diseñó con posterioridad al PASM y se dieron solapamientos entre ambos.

En relación a las Estrategias

Se pone de manifiesto un cierto desfase entre los términos utilizados por el Plan para referirse a los colectivos a los que prestar especial atención (“colectivos de riesgo”), y los conceptos actualmente asumidos (con el objetivo de evitar estigmatizar a dichos colectivos), que tienden a referirse a “prácticas de riesgo”.

De nuevo las estrategias de esta línea se formulan más bien como objetivos en vez de como enunciados que expresen las intenciones de coordinación de esfuerzos y recursos para alcanzar los objetivos.

En relación a los Criterios de Evaluación e Indicadores

En primer lugar, apuntar que de una batería tan extensa de estrategias se desprenden unos indicadores que no pueden dar cuenta del grado de su cumplimiento.

En cuanto a los indicadores que pretenden informar del desarrollo de las iniciativas previstas en los dos únicos “Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma que atienden partos...”, cabe señalar que un solo indicador no proporciona información sobre el buen (o mal) desarrollo de dichas iniciativas. Se hace por tanto necesario añadir un conjunto de indicadores que proporcionen información de desempeño (¿qué indica que vamos bien, y qué indica que no tanto?).

Para indicadores formulados como: “Grado de implantación de la Consulta Preconcepcional” se recomienda que sean más explícitos, de tal forma que sea suficiente para entender si se trata de un valor absoluto o relativo, de una tasa o un índice, etc. De la misma manera, se recomienda que se explicita la referencia al contexto institucional en el que se pretende dicha implementación.

Línea 3 | Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama

En relación al enunciado de la Línea

El enunciado de la línea 3: “Reducir la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama” presenta la formulación de un objetivo general, pero no un enunciado que exprese la dirección de desarrollo de la línea, que podría quedar recogida, por ejemplo en formulaciones como las de la 1ª estrategia: *Potenciar el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Cantabria*; o de la 2ª: *Promover un Plan Integral de atención al cáncer de mama en Cantabria*.

En relación a los Objetivo Generales y Específicos

Tal y como se articula la concreción en el segundo objetivo general, la pretendida “mejora de la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama” no queda recogida en los objetivos específicos (que nos remiten exclusivamente a la tasa de mortalidad y al Programa de Detección Precoz).

En relación a las Estrategias

La segunda estrategia es en realidad el enunciado para una línea de actuación. "Promover" nos remite a la idea de iniciar o activar un plan (procurando su realización), pero no nos proporciona ninguna información en relación a los términos en que el PASM se va a implicar en esa iniciativa.

En este sentido, se hace muy difícil la evaluación de dicha estrategia porque no queda especificada la atribución de responsabilidades en relación a ese "promover".

En relación a los Criterios de Evaluación e Indicadores

Los indicadores asociados al PDPCM son adecuados para determinar el grado de adecuación del programa a las recomendaciones establecidas por las Guías Europeas de Calidad en cribado mamográfico.

Por otro lado, el indicador que nos remite al "Grado de desarrollo de un Plan Integral..." no es suficientemente explícito. Como ya se ha anotado anteriormente, la formulación del indicador propuesto debería proporcionar suficiente información por ella misma como para no dejar dudas en relación a qué debemos entender por "Grado de desarrollo..." y, sobre todo, en relación al criterio de valor asociado a ese "Grado de desarrollo...": ¿Cuándo podemos darnos por satisfechos con el grado de desarrollo alcanzado?

Línea 4 | Reducir los riesgos para la salud de las mujeres debidos la violencia de género

En relación al enunciado de la Línea

Siguiendo la misma lógica que la expresada en la valoración de la anterior, la línea 4 se podría describir más en términos de desarrollo de un programa de prevención, diagnóstico e intervención en violencia de género.

En relación al Objetivo General

En el objetivo general se propone la "detección precoz" de la violencia de género. Ésta es una formulación que puede generar cierta confusión en la medida que, aunque se refiere a la necesidad de detectar la violencia tan pronto como sea posible para evitar daños mayores, en muchos casos se trata de una detección no precoz, en el sentido de que la situación de violencia se ha desarrollado durante muchos años.

En un sentido similar, también genera confusión la referencia a la reducción de riesgos por tratarse de una prevención secundaria ya que lo que en realidad se pretende es una disminución del impacto de la violencia sobre las mujeres.

En relación al Objetivo Específico

En primer lugar, solamente se desarrolla la primera parte del objetivo en términos de detección, sin proponer ningún objetivo específico que haga referencia a la intervención de los servicios sanitarios.

En segundo lugar, no está claro el denominador de la tasa que se propone visualizar: ¿sobre qué “n” se propone medir el 60% de casos detectados por los servicios sanitarios? ¿Es sobre el total de mujeres maltratadas o detectadas, y por quién?

En relación a las Estrategias

No queda claro, en la segunda estrategia, cuáles son las condiciones estructurales y organizativas de centros y servicios que se pretenden cambiar o adecuar.

Por otra parte, en referencia a la estrategia de *“Implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios que permita dimensionar el problema”*, tampoco queda claro que se quiere decir con registro de casos de violencia: si se refiere a demandas que llegan espontáneas o a resultados de la detección a través de la pregunta universal formulada por los profesionales de Atención Primaria.

En relación a los Criterios de Evaluación e Indicadores

Respecto al primer indicador, “Grado de aplicación del Protocolo de actuación”, sería necesario aclarar si se refiere a la población asignada en cada cupo o a la población atendida.

En cuanto al tercer indicador, “Número y evolución de los casos registrados desde los servicios sanitarios”, queda claro el número pero no como se va a evaluar la evolución de las mujeres detectadas.

Línea 5 | **Mejorar la salud de las mujeres desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables**

Esta línea, sumamente ambiciosa, plantea una miscelánea de objetivos generales (que cada uno en sí mismo podría ser una línea de actuación del Plan) y estrategias que se solapan con otros programas de la DGSP y otras Consejerías. Por ejemplo, el objetivo 1 está en relación con el Plan de Salud Laboral desarrollado por el programa del mismo nombre de la Dirección General de Salud Pública. Mientras que el objetivo 2 está en relación con el Plan de Salud Mental que se inició en el período del PASM pero que no llegó a concluirse. Así mismo, el objetivo 3 incluye competencias del Plan de Drogodependencias de la DGSP.

4.3 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

Las recomendaciones de cambio se han articulado en una Guía Metodológica de Planificación (no incluida en este informe, pero accesible en la página web del OSPC www.ospc.es), prestando especial atención a la **fundamentación de las líneas** de actuación del nuevo Plan, la **coherencia de las estrategias** definidas para cada línea, la **previsión de recursos** necesarios para su implementación y **el diseño** de las preguntas, los criterios y los indicadores que van a permitir realizar el futuro seguimiento y evaluación del nuevo Plan.

La Guía Metodológica de Planificación se creó con el objetivo de presentar un modelo de propuesta metodológica que fuera transferible a otros planes y programas de la DGSP.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN PARA CADA LÍNEA DE ACTUACIÓN

5

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN PARA CADA LÍNEA DE ACTUACIÓN

Los resultados se presentan consecutivamente para cada una de las líneas de actuación, sin perder de vista en ningún momento los objetivos fijados y los indicadores de seguimiento y evaluación del Plan.

A pesar de las dificultades descritas (problemas de evaluabilidad, ver apartado 4.2), se ha intentado dar respuesta a los criterios e indicadores de evaluación que el propio Plan consideraba para cada una de las líneas de actuación, recogiendo los datos disponibles a los que el indicador hacía referencia, o renegociando su significado con el equipo de la Sección de Programas de Salud de la Mujer.

Al mismo tiempo, y de acuerdo con los planteamientos de la evaluación anteriormente descritos, se han triangulado ³⁴ dichos datos con las respuestas que los distintos agentes han expresado y que se han descrito en la matriz de evaluación.

Estas categorías se han formulado con la intención de sistematizar la información y orientar su comprensión e interpretación. Para ello se ha utilizado un Análisis de Contenido Categorical-temático (AC-ct) de la información, estableciendo los epígrafes que siguen e incluyendo una serie de subcategorías para cada uno de ellos:

- **Evaluación de diseño:** se han recogido los logros y las necesidades de mejora relacionados con los métodos utilizados y los contenidos de cada una de las líneas de actuación.
- **Evaluación del Modelo de Atención:** se han recogido los logros y las necesidades de mejora relacionados con el modelo en que se atiende a las usuarias en los ámbitos de la violencia de género, salud reproductiva, cáncer de mama, etc.
- **Evaluación de procesos:** se han recogido los logros y las necesidades de mejora relacionados con la coordinación interprofesional e intersectorial (trabajo conjunto entre servicios, profesionales, equipos, etc.); los protocolos, sistemas de información y registro (implementación, uso y explotación); la formación (desarrollo de las formaciones, utilidad, nuevas necesidades, etc.); y la difusión de información y comunicación (estrategias y utilidad de las iniciativas).
- **Evaluación de recursos:** se han recogido los logros y las necesidades de mejora relacionados con las estructuras y los equipos (adecuación de los espacios, organización institucional, etc.); los recursos humanos (adecuación de ratios, perfiles, etc.); y recursos materiales didácticos (utilidad, comprensión, etc. de materiales generados).
- **Evaluación de resultados:** se han recogido los logros y las necesidades de mejora de los efectos atribuibles a cada línea de actuación (corto, medio y largo plazo); así como de los índices de cobertura, participación, etc. asociados a la actividad del Plan.

³⁴ La triangulación de la información es un proceso de combinación de distintas técnicas de indagación y la información obtenida a partir de ella para desarrollar un mayor y más profundo conocimiento relativo a un determinado objeto de estudio.

En cada línea de actuación también se incluye un apartado de recomendaciones de cambio (M.Q. Patton 1997). Es evidente que las recomendaciones son un elemento importante en las evaluaciones ya que son el vínculo formal más evidente entre una evaluación y su uso.

En un último epígrafe, y con una visión global de todas las líneas, se han analizado los cambios establecidos y las tensiones generadas por la iniciativa del Plan, realizando para ello, tal como se ha comentado anteriormente, un Análisis de Discurso a partir de marcos interpretativos que provienen de la Teoría Crítica y que son especialmente sensibles a visualizar el cambio social.

Asimismo, a continuación de la presentación de los resultados por cada Línea de Actuación, se presentan, las principales recomendaciones de cambio trabajadas y consensuadas con el equipo de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

Por último, y para facilitar la lectura de este capítulo se recomienda ver el Anexo 1 donde están explicitadas todas las líneas del PASM.

5.1 LÍNEA 1 | VISIBILIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

Los objetivos y los criterios de evaluación de la línea 1 hacen referencia a:

5.1.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO/MODELO DE ATENCIÓN

Logros y Satisfacción

Adecuación al contexto

Una de las cuestiones que en general ha sido valorada positivamente es que el Plan se elaborase en un momento en que **el contexto del Estado Español era apropiado**, ya que había una preocupación y una sensibilización sobre temas de género y salud.

En relación a lo planteado por los distintos agentes a lo largo del trabajo de campo, se apunta la **percepción de que la línea de género se está incorporando en la Cartera de Servicios del SCS**, considerándose que este hecho está situando el tema en la agenda de los profesionales y se está comenzando a hablar de género dentro del ámbito sanitario.

La evaluación considera que **integran un concepto básico de perspectiva de género los siguientes programas y protocolos:**

- La Consulta Joven (con adolescentes y jóvenes hombres y mujeres).
- Programa de sensibilización y formación del personal sanitario en violencia de género.
- Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos (Violencia contra las Mujeres).
- Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales (Violencia contra las Mujeres).
- Desarrollo de la Vía Clínica del Parto en los hospitales públicos que atienden partos (la cual integra los hombres en el acompañamiento).

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Concretar actuaciones

Los diferentes agentes entrevistados perciben que es necesario **concretar mejor las actuaciones** de esta línea de actuación ya que se considera muy abstracta. Esto se podrá llevar a cabo si previamente se definen mejor los marcos interpretativos tanto de género como de desigualdades, como se detalla a continuación.

Definir el marco interpretativo de género

El texto del PASM no especifica el marco interpretativo (teoría de las desigualdades de género) al que se adscribe, por lo que resulta difícil evaluar este aspecto en los programas y protocolos desarrollados a priori. En este sentido, se ha tratado de llegar a algunas

conclusiones a partir del análisis de las prácticas recogidas, y de la teoría subyacente en las mismas.

Así por ejemplo, teniendo en cuenta que la mayoría de programas y protocolos incluidos en el Plan están destinados exclusivamente a mujeres, la Dirección General de Salud Pública ha partido de un enfoque de género que aun no ha abordado en su integralidad los determinantes sociales de salud y calidad de vida de las mujeres, que tienen que ver con el papel de los hombres en las desigualdades de género.

Analizar los determinantes de las desigualdades

Se ha señalado que para concretar actuaciones en el abordaje de las desigualdades de género en salud es fundamental primeramente profundizar en el análisis de la multiplicidad de factores o determinantes sociales de la salud.

Incluir a los hombres en el enfoque de género

Un tema esencial que han puesto de relieve los distintos agentes participantes en la evaluación es la necesidad de definir actuaciones que incluyan a los hombres en el enfoque de género.

Ampliar el marco interpretativo de las desigualdades en salud

El concepto de desigualdades en salud hace referencia a las diferencias en cuanto a oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas de acuerdo a su género, clase socio-económica, edad, niveles de discapacidad, país de procedencia o etnia.

Desarrollar actuaciones específicas para las mujeres de edad avanzada.

Se ha apuntado que en una población cada vez más envejecida como la de Cantabria, se hace prioritario abordar las necesidades específicas de las mujeres de edad avanzada, que viven más años pero en peor estado de salud que los hombres.

Integrar de pleno a las mujeres con discapacidades

El trabajo con mujeres que sufren algún tipo de discapacidad ha revelado que se perciben desigualdades por razón de género en el abordaje de determinados problemas de salud, que no ha sido tratado de manera específica por el Plan.

En este sentido, hay aportaciones que relatan actitudes profesionales estigmatizadoras: *“la fibromialgia (...) es una enfermedad de mujeres cuarentonas que se aburren mucho”*, así como planteamientos docentes legitimadores de la desigualdad de género: *“lo que nos decían cuando decían que se estudiaba fibromialgia (...) que son mujeres que están, o que son neuróticas o histéricas y están locas”*³⁵.

³⁵ Todo el texto que aparece en *italica* corresponde a opiniones literales de los distintos actores consultados en la evaluación.

Se percibe por parte de las usuarias que es diferente ser mujer discapacitada que hombre discapacitado. En primer lugar porque los roles que se presuponen a las mujeres son distintos de los hombres: *"si la discapacidad te incapacita, te merma tus posibilidades de hacer las tareas básicas de la vida diaria (...) que se presupone que son tuyas, y bueno pues por ejemplo el cuidado de los niños"*.

En segundo lugar, en los entornos laborales el trato que reciben las mujeres con algún tipo de discapacidad es diferente (se entiende que es el hombre el que mantiene a la familia). Y en tercer lugar, las mujeres con discapacidades perciben que la atención por parte de los servicios también se rige en ocasiones por esa desigualdad: *"en fibromialgia, no es lo mismo el trato que reciben los hombres que el que recibimos las mujeres, porque los hombres se entiende que cuando se están quejando es por algo"*.

La atención en salud a las personas con discapacidades tiene por tanto que ser estudiada y asistida desde las múltiples perspectivas de género, edad, nivel socioeconómico, cultura y origen. Todas estas variables son importantes determinantes de su salud, sin las cuales no es posible identificar sus necesidades específicas ni adecuar los servicios a las mismas, eliminando las barreras ambientales, las desigualdades y la discriminación a este sector de población.

Atender las necesidades de las mujeres inmigrantes

Se ha hecho patente igualmente en la evaluación la necesidad de indagar específicamente sobre los diversos perfiles de las mujeres inmigrantes y sus prioridades en salud, partiendo de la situación de mayor vulnerabilidad en que se encuentran por sus dificultades específicas en el acceso a información y a servicios adecuados de salud.

Mejorar la participación de los profesionales

Los profesionales de Atención Especializada consideran que se debería mejorar la participación e implicación de las gerencias de los hospitales y la de los profesionales en el diseño de la línea, ya que ésta ha sido escasa.

5.1.2 EVALUACIÓN DE PROCESOS

A) COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL E INTERSECTORIAL

Logros y Satisfacción

Acercamiento en las relaciones institucionales

Se considera positivo el hecho de que el Plan haya contribuido a la visualización mutua entre el Servicio Cántabro de Salud y la Dirección General de Salud Pública, así como a fomentar las colaboraciones interinstitucionales.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Mejorar la coordinación de las actuaciones

Aunque se ha valorado positivamente la mejora de las relaciones institucionales, desde algunos políticos/gestores se percibe que una **ejecución del Plan en diversas fases** hubiera contribuido a una **mejor coordinación de las actuaciones**. Se sugiere por tanto considerar una difusión extensa del mismo en su próxima edición, además de la realización de pruebas piloto, la formación a todos los profesionales y una evaluación posterior.

Por otro lado, también se considera que esta línea se ha implementado poco en Atención Primaria y que la perspectiva de género ha sido poco incorporada en sus proyectos. Se considera pues esencial para su ejecución, mejorar la coordinación entre las gerencias y con los profesionales.

B) PROTOCOLOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Logros y Satisfacción

En relación a los sistemas de información, se tienden a valorar positivamente los **cambios que se introdujeron en el programa OMI-AP** para registrar la variable sexo además de otros requerimientos del Plan.

De hecho, y en relación al **objetivo específico 3** de incorporar la variable sexo en los registros, el “Informe sobre la perspectiva de género en los sistemas de Información y Registro de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales”, pone de manifiesto que:

- De los registros de la actual Dirección General de Salud Pública, el 90% recogía en 2005 la variable sexo.
- De los registros del SCS, el 100% recogía en 2005 la variable sexo (aunque no se explotara en muchos casos la información desagregada).

El único registro de la Consejería que en 2005 no recogía la variable sexo (Registro del Programa de Hipoacusia), ya lo recoge en estos momentos.

A fecha de diciembre de 2007, el 100% de los registros de la Dirección General de Salud Pública y SCS, recogen la variable sexo, y un 80% la explota.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Se ha señalado que para mejorar los actuales sistemas de registro es preciso: **1) trabajar con programas informáticos adecuados** para la explotación diferencial de los datos; **2) aumentar el personal técnico especializado** en explotación de datos, y **3) formar a los profesionales** en el uso de programas informáticos para explotar datos con perspectiva de género.

C) FORMACIÓN

Logros y Satisfacción

Se han llevado a cabo algunas jornadas de sensibilización y formación en el tema con la participación de profesionales más motivados en este sentido. De todas maneras, no se ha abordado la sensibilización de los diversos colectivos de profesionales a gran escala, como se ha hecho con la línea 4 del Plan (Violencia de género).

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Sensibilizar a las Gerencias y formar a profesionales

Diversos agentes participantes en la evaluación han manifestado la necesidad, tanto de sensibilizar a las Gerencias de Atención Primaria y Especializada, como de formar a todos los profesionales de la salud en el paradigma que integra la perspectiva de género y de reducción de desigualdades en las intervenciones en salud. El fin de esta formación es que puedan ampliar sus competencias y habilidades para atender a la población desde un enfoque más bio-psico-social de la salud.

Se ha enfatizado la necesidad de **ofertar al personal técnico de AP formación especializada** en explotación de datos del OMI-AP con perspectiva de género.

D) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

Logros y Satisfacción

Se evalúa positivamente la difusión que se hizo del Plan y la visibilidad que a través de él se le dio a la labor de la Dirección General de Salud Pública.

5.1.3 EVALUACIÓN DE RECURSOS

Logros y Satisfacción

Convocatorias para investigación en salud y género

En relación a los recursos disponibles, se considera positivo que se pusieran en marcha convocatorias de investigación en salud y género. En concreto, se valora positivamente que el Plan haya fomentado la investigación relacionada con determinantes y factores diferenciales de la salud de las mujeres, a través de las Ayudas para la Investigación en Salud y Género, del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla -IFIMAV, con financiación de la Dirección General de Salud Pública.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Organización institucional

Por otro lado, se apunta la necesidad de realizar un cambio a nivel organizativo en Atención Primaria si se quiere atender problemas de tipo psicosocial.

Sistematizar el trabajo de las dos Gerencias de AP

Una de las dificultades encontradas en la evaluación ha sido el análisis comparativo de datos entre las dos Gerencias de Atención Primaria, ya que en algunos casos se realizan diferentes niveles de análisis.

Esta dificultad encontrada por el equipo evaluador ha sido confirmada por diversos agentes entrevistados. Por lo que se hace un énfasis especial en la necesidad de sistematizar el trabajo técnico de las dos gerencias, **corrigiendo las diferencias estructurales y aumentando los recursos humanos técnicos** necesarios para optimizar la explotación y gestión informática de OMI-AP.

Apoyo psico-emocional a las familias de mujeres con discapacidades

Las asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades concuerdan que el eje de **desigualdad por razón de género afecta de manera especial** (culpabilidad, sobrecarga) a las mujeres con algún tipo de discapacidad o enfermedad discapacitante, especialmente en lo relativo a la **distribución de responsabilidades en el ámbito doméstico**. En este sentido se valora que **para contribuir a que el cambio de roles no se produzca de manera traumática**, podría ser de gran ayuda contar con un **apoyo psico-emocional a las familias** orientado a acompañar dicho cambio.

5.1.4 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS

Logros y Satisfacción

Sensibilización y género

Se ha valorado positivamente la **predisposición que han tenido las Gerencias para visualizar y atender a la salud diferencial**. Además de que en las intervenciones de algunos profesionales se haya empezado a **introducir la perspectiva de género**. En este sentido, estos profesionales perciben que a menudo esa sensibilización se traduce en una atención adecuada a las mujeres, sobre todo en lo que atañe a los problemas crónicos.

Se valora muy positivamente la existencia de iniciativas con una clara orientación a la sensibilización en temas de salud y género. Concretamente, el haber presentado en Europa una **Propuesta de Resolución sobre Reducción de Desigualdades en Salud**, consensuada con todas las Comunidades Autónomas, como se ha recogido en la sección 4.1. Los marcos políticos de referencia.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Sensibilización y género

Aunque se ha hecho una buena valoración de las iniciativas que se han desarrollado inicialmente en términos de sensibilización en materia de género, se tiende a considerar que el Plan es aún muy "primerizo" y es necesario continuar trabajando en esta dirección para poder llevar a la práctica el conocimiento y las experiencias que aun resultan anecdóticas en el contexto de lo que queda por realizar.

Se propone por tanto **plasmarse esta línea en actuaciones concretas**, comenzando por **identificar la información que se necesita analizar** para atender a la salud diferencial.

De hecho, los gestores opinan que no se ha sensibilizado suficientemente a las Gerencias sobre la necesidad de analizar los datos desagregados por sexo. Por lo tanto, se considera prioritario seguir enfatizando esta necesidad y **formando a las Gerencias y a los profesionales en la introducción de la perspectiva de género**.

También se propone que se incorpore una **formación básica en salud y género desde la universidad** para que los estudiantes puedan adquirir sensibilización, conocimientos y competencias en este campo.

5.1.5 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

A continuación se presentan las principales recomendaciones de cambio que se proponen a partir del análisis de los resultados presentados en el apartado anterior.

Para la **línea 1**, la principal aportación es que esta línea **debería ser un principio y un eje transversal** a todo el plan y no una línea específica.

En este sentido, por ser una línea transversal a todo el sistema de salud, las acciones encaminadas a su desarrollo **implican la colaboración y coordinación con otros planes**, programas y servicios de salud, así como con unidades/entidades de **análisis e investigación en salud**.

LÍNEA 1: VISIBILIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD

RECOMENDACIONES

- Realizar un análisis de género de los planes, programas y protocolos del Servicio Cántabro de Salud, proponiendo **medidas encaminadas a la introducción del enfoque de género**.
- Promover el **análisis de los determinantes sociales en salud** para la identificación de desigualdades en salud desde una perspectiva integral que integre el género, edad, clase social, origen, cultura y niveles de discapacidad.
- Promover líneas de **análisis de la morbilidad diferencial** entre hombres y mujeres a partir de diferentes fuentes.
- Elaborar una **guía de análisis y planificación en salud** con perspectiva de género.
- Tomar **medidas encaminadas a la reducción de desigualdades** de las mujeres con discapacidades, mujeres inmigrantes, y mujeres de avanzada edad.
- Desempeñar **actividades formativas** encaminadas a capacitar a los profesionales a cargo de la elaboración, coordinación y evaluación de programas y protocolos, **en el enfoque de género en salud**.
- A nivel de las **gerencias de AP**, esto supone entre otras cosas:
 - Trabajar con **programas informáticos adecuados** para la explotación de datos del OMI-AP y explorar sus potencialidades.
 - Incremento de **recursos humanos técnicos** de sistemas de información en las dos gerencias de AP.
 - Continuar la **formación de los profesionales** en el uso del OMI-AP.

5.2 LÍNEA 2 | MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA

Los objetivos y los criterios de evaluación de la línea 2 hacen referencia a:

5.2.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO

Logros y satisfacción

La línea de actuación da respuesta a la necesidad sentida por diferentes agentes

En primer lugar, afirmar que existe la percepción generalizada de que el diseño de la línea 2 del Plan **responde a una necesidad sentida** y reivindicada por una diversidad de profesionales, y su concreción o materialización (entre otras cosas, en un Decreto) es una buena medida para iniciar transformaciones reales.

Distintos agentes consideran que el Plan **ha dado respuesta a determinadas necesidades de las mujeres**, y ha abierto las puertas de un proceso orientado a que se conviertan en protagonistas de su embarazo y parto.

Así pues, hay que señalar que **los cambios** introducidos para la adaptación al **parto fisiológico han sido bien aceptados** por los profesionales.

Cambios y líneas de mejora

Mejorar el diseño y desarrollo de los procesos participativos

De las aportaciones de algunos participantes se desprende la posibilidad de **mejorar los procesos participativos** iniciados desde el programa, en dos sentidos: a) **mejorando la publicidad o difusión** que se hace de dichas iniciativas; b) **mejorando las condiciones de dicha participación** con el objetivo de que los profesionales puedan destinar tiempo a hacer un retorno a sus colegas, difundir la iniciativa, y recoger sus opiniones para **mejorar la representatividad**, etc.

Se apunta que la participación del colectivo de profesionales médicos **anestesiastas** en el **diseño de las distintas estrategias** para la atención al nacimiento es importante, sobre todo, para garantizar la introducción de **nuevas maneras de manejar el dolor en el parto**.

En este mismo sentido, se reclama desde distintas voces la necesidad de promover un debate entre profesionales respecto a **formas de analgesia alternativa no farmacológica y manejo del dolor durante el parto**.

Incluir nuevas necesidades sentidas

Se señalan nuevas necesidades en cuanto a: **a) Educación sexual y reproductiva** para la **infancia** y la adolescencia en el ámbito de los **centros educativos** (transmitir cuanto antes la idea de que es necesario responsabilizarse de la propia salud); **b) Atención a la diversidad cultural**.

Por otra parte también se ha de tener en cuenta la especificidad de **mujeres que sufren algún tipo de discapacidad** en relación a la salud reproductiva. Es fundamental que se facilite a estas mujeres que están o desean estar embarazadas, el acceso a los recursos necesarios para ayudarlas en el proceso de toma de decisiones (*consejo genético*).

Aunque se ha valorado bien el traspaso de la Consulta Joven a los centros educacionales, cabe decir que **no se ha recogido la percepción de las y los jóvenes usuarios**.

5.2.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Logros y satisfacción

Aceptación de las nuevas iniciativas de preparación y atención al parto

En general, se considera que **las sesiones de preparación al parto** han sido un espacio adecuado para **promover cambios en el imaginario** de las **usuarias** (responsabilidad en relación al propio parto; gestión del dolor, etc.); al mismo tiempo que han sido **espacios considerados útiles y bien valorados**.

En relación a la atención neonatal, se valora que las iniciativas introducidas (contacto piel con piel, cuidados basados en el desarrollo, visitas de puertas abiertas, etc.) generaron efectos beneficiosos en pacientes y familiares.

Cambios y líneas de mejora

Mejoras en la Atención Integral a la mujer

Se considera la necesidad de revisar las hasta ahora llamadas **revisiones ginecológicas**. Actualmente se alzan muchas voces en contra de las “revisiones ginecológicas o de salud” sistematizadas en mujeres sanas que no estén en edad de cribado para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino o de cáncer de mama, por considerarlas una forma más de medicalización innecesaria. Por el contrario se enfatiza la necesidad de hablar en términos de promoción de la salud, como forma de contribuir a modificar el actual modelo fragmentador del cuerpo, y pasar a considerar y atender a la mujer desde una perspectiva global.

También se reconoce la necesidad de dimensionar determinados debates. Se considera que algunos aspectos relacionados con el **parto natural han sido incompatibles** con las **circunstancias actuales** del ámbito **hospitalario**, y en ese sentido, hay profesionales que reconocen distintas circunstancias que dificultan el cambio hacia perspectivas más humanizadoras: **confusión de modelos, desideologización** de los profesionales, mentalidad de **parto medicalizado, miedos** (consecuencias legales, etc.), **incomodidad** con el lenguaje de la sexualidad, y **escaso espíritu crítico**.

Por otra parte las mujeres con discapacidades describen que se da una atención estándar y que no se tiene en cuenta su situación. **No siempre se proporciona una atención respetuosa** con los deseos de estas mujeres, cuando se trata de planificar con ella la posibilidad y el seguimiento de un **embarazo**.

Otra cuestión que hay que mejorar del modelo de atención es la **inclusión de los padres** en el proceso de embarazo y sobre todo en el parto.

Algunas aportaciones van en la dirección de recomendar la **aclaración del concepto de parto eutócico** para poder establecer con mayor claridad los procedimientos de atención al parto.

5.2.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS

A) COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL E INTERSECTORIAL

Logros y satisfacción

Buenas experiencias concretas en coordinación interprofesional e internivel

A lo largo del trabajo de campo se confirma la existencia de distintas experiencias concretas de **coordinación interna** (equipos de AP: profesionales médicos, matronas, enfermería) en cuanto al seguimiento del embarazo, bien valoradas por los profesionales.

La **coordinación informal** (vía teléfono o correo electrónico) entre Atención Primaria y Atención Especializada se considera una buena práctica, aunque también se plantea la necesidad de reconocer y protocolizar dichos espacios de coordinación.

Valoración positiva de la Consulta Joven

Por parte de los servicios, **se valora bien el traspaso de la Consulta Joven a los centros educativos**: se dio una correcta coordinación entre personal sanitario y docente; hubo una gran actividad de la consulta; así como una buena estrategia de comunicación y asesoramiento de expertos.

Cambios y líneas de mejora

Mejora de la coordinación en la atención a mujeres con discapacidades

Es muy necesaria la coordinación entre profesionales médicos especialistas para el seguimiento del embarazo de mujeres con alguna discapacidad: *"alguien que lleve la batuta, alguien que tenga tu historia y que vea tu enfermedad en común (...)"*. En este sentido, también se reconoce un **déficit en los servicios** en cuanto a cubrir las necesidades relacionadas con la **vida sexual de las mujeres que padecen algún tipo de discapacidad**.

Aclarar los roles y responsabilidades de los profesionales en la atención y seguimiento al embarazo y parto

A pesar de la existencia de experiencias de coordinación, en algunos casos se reconoce que existen **profesionales médicos que se resisten a hacer tareas de vigilancia del embarazo** delegándolas sistemáticamente a las matronas o a los servicios de especializada. Los registros de OMI-AP no parecen detectarlo de manera significativa.

En ese sentido, se expresan tensiones relativas al reparto de tareas en la atención al embarazo y parto que deben (o no deben) realizar diferentes profesionales (matronas, profesionales médicos, etc.), bien por falta de coordinación, o por no estar claros los roles que cada profesional debe desempeñar.

Algunos participantes también piensan que la **derivación al servicio de ecografías**, presenta en ocasiones **problemas de gestión**. Concretamente han de clarificarse las tareas que deben realizarse desde las Unidades de ecografía y la Atención Primaria para que el seguimiento del embarazo se realice desde Primaria.

Mejoras en el seguimiento del embarazo de las mujeres que utilizan servicios públicos y privados

En otro orden de cosas, se reconocen problemáticas relacionadas con a) La poca información relativa al seguimiento de los embarazos que se han seguido en la sanidad privada, y b) la realización de partos prematuros en centros privados, a pesar de conocer de antemano la inevitable necesidad de trasladar al recién nacido a un centro público. Es necesaria la mejora de los sistemas de información y de seguimiento del recorrido de las mujeres.

B) PROTOCOLOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Logros y satisfacción

Buena valoración del protocolo de anticoncepción de emergencia y del protocolo de vigilancia prenatal

En relación al protocolo de anticoncepción de emergencia, los profesionales tienden a valorar los procedimientos asociados a la dispensación de la píldora post-coital de manera muy positiva, sobre todo en los siguientes aspectos: a) amplia dispensación en Atención Primaria; b) colaboración de las matronas en la dispensación; c) dispensación gratuita de la píldora en los servicios de urgencias.

También se valora positivamente la existencia de un Protocolo de Vigilancia Prenatal, así como la iniciativa de diseñarlo desde una perspectiva multidisciplinar.

Aceptación del Protocolo de la Vía Clínica del Parto

Se destaca que el proceso para la elaboración de la vía clínica del parto en el HUMV ha sido laborioso pero en estos momentos también se considera que los profesionales visualizan positivamente los resultados.

De hecho, se ha conseguido alcanzar el **objetivo específico** (expresado como indicador en el Plan) (8) relacionado con la promoción de una nueva atención al parto y el nacimiento, ya que actualmente los dos Centros hospitalarios públicos que atienden partos en Cantabria tienen una Vía Clínica de Atención al Parto y Nacimiento que sigue las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza.

La mayoría de profesionales entrevistados perciben por tanto que la vía clínica del parto ha sido un instrumento adecuado para homogeneizar la atención dada.

Avances en la introducción del Protocolo de Lactancia Materna

En relación a los **objetivos** de promoción y mantenimiento de la lactancia materna (**Objetivo específico 4**) se ha avanzado mucho. Se percibe que prácticas como la inhibición de la lactancia materna han disminuido mucho.

En este mismo sentido, y de acuerdo con lo explicitado por los **objetivos** del Plan (**Objetivo específico 9**), cabe destacar que uno de los dos hospitales públicos de Cantabria que atiende partos, el Hospital de Laredo, ha obtenido la acreditación técnica de "Hospital Amigo de los Niños" que otorga la UNICEF, y ha adoptado los "Diez pasos para una Lactancia Feliz".

Cambios y líneas de mejora

Existen aspectos a mejorar en el Protocolo de Vigilancia Prenatal

Se detectan posibilidades de mejora en la **cobertura del programa de vigilancia prenatal**. El programa queda diluido por la escasez de matronas. Algunos médicos de Atención Primaria que no cuentan con apoyo de matrona para el seguimiento del embarazo derivan sistemáticamente a la atención especializada, donde el seguimiento acaba siendo más intervencionista y medicalizado.

Se percibe que existen **desajustes entre las demandas** que en ocasiones se exigen desde las gerencias y **las posibilidades reales de ejecutarlas en el ámbito rural**. Se trata de demandas relativas al seguimiento del embarazo o la realización de citologías vaginales que se considera que requieren de una práctica continuada para ser bien ejecutadas, y en centros de salud rurales no existe la posibilidad de practicarlas regularmente.

Revisar algunos aspectos específicos del Protocolo de Lactancia Materna

Se apunta que **la información en temas de lactancia** que se dispensa en el Hospital Cantabria por parte del personal de enfermería podría **ser más homogénea** y estar **más en consonancia** con los mensajes que las **matronas explican** en primaria.

Además se describen casos puntuales en los que mujeres que **no habían optado** por la lactancia materna se sintieron presionadas a

hacerlo. En cualquier caso, se reconoce la conveniencia de que desde las instituciones se refuerce la idea de **no culpabilizar** a las mujeres que no optan por la lactancia materna y respetar los deseos de todas. Algunos profesionales consideran que es fundamental informar y acompañar a las mujeres en los primeros días después del parto y del alta hospitalaria, que son los momentos en que se dan la mayor parte de los abandonos de la lactancia materna.

C) FORMACIÓN

Logros y satisfacción

Buena valoración de las distintas acciones formativas

a) Unidad docente de matronas

Se valora positivamente la creación de la **Unidad Docente de Especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas)** para potenciar esta especialidad y así cubrir la necesidad de profesionales que hay en este momento.

También se valoran los intercambios formativos que se han realizado a distintos centros del territorio español en los que se trabaja el modelo promovido por el Plan.

Acciones formativas diversas

Además, de acuerdo con uno de los objetivos específicos (expresados como indicador) de la línea (**objetivo 6**), desde el Plan se han realizado las siguientes acciones formativas:

- Curso de sexualidad para educadores de jóvenes.
- Impulso de la consulta joven con la puesta en marcha de nuevos puntos de Consulta Joven e introducción de la misma en los centros educativos.
- Formación de profesionales en medicina de la adolescencia.
- Formación del grupo de formadores en anticoncepción de emergencia.
- Formación a profesionales del GAP2 sobre anticoncepción postcoital.
- Talleres sobre Educación Sexual y Reproductiva en los Centros Educativos.

Cambios y líneas de mejora

Se proponen diversas iniciativas para mejorar la formación de pre-grado y postgrado

Algunas propuestas de los participantes en la evaluación van en la línea de apuntar que las habilidades de los gineco-obstetras para realizar un parto vaginal han disminuido con el tiempo. Muchos recursos obstétricos para hacer un parto normal pasaron a un segundo plano en la formación.

Se señalan las formaciones de pregrado en medicina y de postgrado de especializada como espacios en los cuales se deberían empezar a introducir cambios de perspectiva en relación a la atención al embarazo y el parto.

5.2.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS

Logros y satisfacción

A) MATERIALES

Desde el Plan se han realizado las siguientes actuaciones en **materia de información** en salud reproductiva:

- Edición folleto informativo sobre consulta joven.
- Kits de dispensación de anticoncepción postcoital con preservativo.
- Edición folleto informativo sobre la anticoncepción postcoital o de emergencia.
- Stand sobre educación sexual en *JuveCant* en 2005, 2006 y 2007.
- Introducción de información sobre anticoncepción en la pagina web *jovenmanía*.
- Stand en el Macroconcierto de la Campa de la Magdalena en 2006 y 2007.
- Edición folleto sobre prevención de defectos congénitos mediante la toma de Ácido Fólico.
- Publicación de la Guía de "Cuidados de Salud durante el embarazo".
- Publicación del Folleto sobre prevención de riesgos laborales en el embarazo.
- Difusión del Folleto del Ministerio de Sanidad sobre prevención de la deficiencia de yodo durante el embarazo y la lactancia.
- Publicación de las guías de "Cuidados de Salud para después del Parto.
- Publicación del Decreto 23/2007 de derechos de la madre, el padre y el recién nacido en relación al nacimiento.
- Cartilla de Salud del Embarazo.

Por otro lado, la nueva cartilla del embarazo en general ha sido valorada como buen instrumento, no sólo para transmitir información, sino también como mecanismo para contribuir a crear un estado de opinión más consciente de las usuarias.

Cambios y líneas de mejora

B) ESTRUCTURAS Y EQUIPOS

En relación al trabajo que se realiza tanto en los centros de salud como en el paritorio (especialmente en Laredo) se apunta que también sería conveniente resolver necesidades no cubiertas de infraestructuras básicas: espacio de trabajo de las matronas en los centros de salud, características del paritorio, servicios del Hospital Cantabria, etc.

En un sentido similar, se ha expresado la necesidad de **reducir las demoras** para las visitas en la Atención Especializada.

C) RECURSOS HUMANOS

Se expresa la necesidad de hacer un análisis de necesidades de los distintos servicios de salud en Cantabria, para determinar la conveniencia de aumentar la presencia de matronas; profesionales médicos, psicólogos, sexólogos, etc.; así como personal administrativo (urgencias para visitas de seguimiento, etc.), y las **derivaciones innecesarias** (si no hay disponibilidad de matrona, hay una tendencia entre algunos profesionales médicos a derivar a especializada el seguimiento del embarazo normal, etc).

D) MATERIALES

En relación a los **recursos editados**: se reconoce la necesidad de mejorar la información proporcionada en materia de **riesgos laborales y embarazo**. Además, se ha identificado que este tipo de recursos (trípticos, etc.) no siempre fueron acompañados de una dispensación y explicación adecuada por parte de los profesionales.

5.2.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Logros y satisfacción

La opinión general pone de manifiesto que se ha avanzado en garantizar información y dispensación gratuita de la **post-coital**. De hecho, se tiende a decir que se ha alcanzado la **normalización de un dispositivo que hasta hace relativamente poco no estaba normalizado**.

En este sentido, y de acuerdo con los **objetivos formulados** para esta línea (1), las tasas de IVEs en Cantabria se han mantenido estables en los últimos cuatro años, siendo en 2004 de 4,5 (por cada 1000 mujeres), 4,4 en 2005, y 4,7 en 2006. Estas tasas son de las más bajas del Estado Español, después de Ceuta y Melilla, y Galicia.

En relación al parto y la atención al nacimiento, distintos profesionales consideran que, más allá de la declaración de intenciones, se empieza a percibir que hay una **tendencia orientada al cambio en las prácticas**.

En este sentido, y en la línea que proponen los **objetivos** del Plan para esta línea de actuación (3), se valora positivamente la evolución de los **indicadores de atención al parto en los hospitales públicos de Cantabria**.

En las tablas 1 y 2 quedan recogidas las tendencias de algunos de estos indicadores en los dos últimos años, respecto a los objetivos previstos en el Plan.

En la tabla 1 se refleja la tendencia de los indicadores respecto la atención al parto en los años 2006 y 2007.

En la tabla 2 se comparan los valores recomendados por organismos internacionales con los de los hospitales públicos que atienden partos y los de la única clínica privada de Cantabria donde se atienden partos.

En todos los indicadores se consiguió alcanzar los valores recomendados. Además se han incluido aquellos para los que no se establecieron objetivos pero que son relevantes en la evaluación del progreso de la atención del parto no medicalizado, aunque aun no se puedan hacer comparaciones por no contar con todos los datos de 2006.

Tabla 1 - Tendencia de los indicadores de atención al parto respecto a los objetivos previstos en el Plan

INDICADORES DE ATENCIÓN AL PARTO EN EL SCS (HUMV +HL)	2006	2007	VALORES PROPUESTOS EN LOS OBJETIVOS
Nº partos	4233	4414	---
% partos por cesáreas	25,0%	22,9%	<18%
% partos vaginal (no instrumentalizado) con episiotomía	52,4%	38,1%	<55%
Tasa de mortalidad perinatal (fetos muertos >500 gr) por 1000	3,5/1000	4,2/1000	---
% Partos con enema	2,8%	No recogido. Alcanzado	<5%
% Partos con rasurado perineal	0,1%	No recogido. Alcanzado	<5%
% Acompañamiento de la mujer en el parto	100,0%	No recogido. Alcanzado	> 90%
Lactancia Materna al alta hospitalaria	HUMV:83,9% HL:83,5%	HUMV: 82% HL: 82%	

Fuente: Memorias Dirección General Salud Pública 06 - 07 correspondientes al Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-HUMV de Nivel 3 y al Hospital de Laredo-HL de Nivel 1.

Tabla 2 - Tendencia de los indicadores en relación a valores recomendados por organismos internacionales

INDICADORES CIMS*	HUMV		H. L.		CLÍNICA MOMPIÁ		VALORES RECOMENDADOS
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	
% Cesáreas	24,59%	22,80%	28,05%	23,26%	48%	42%	≤ 15% OMS ≤ 15% CIMS
% Partos inducidos	17,42%	16,51%	25,95%	18%	50,70%	41%	10-15% SEGO ≤10% CIMS
% Episiotomías	54,24%	37,74%	39,80%	41%	80%	No disponible	≤30% Cochrane ≤20% CIMS

CIMS: Coalition for Improving Maternity Services 1996 (Coalición para la Mejora de los Servicios de Maternidad) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-HUMV de Nivel 3 y al Hospital de Laredo-HL de Nivel 1. La Clínica Mompía es privada.

En relación a lo explicitado en los **objetivos del Plan** para esta línea (**Objetivo 5**), también es necesario destacar que la tasa de mortalidad perinatal se ha mantenido estable en los últimos años, partiendo de 4,66 por 1.000 nacidos vivos en 2003, a una tasa de 4,2 por 1.000 nacidos vivos en 2007, estando muy por debajo de los valores recomendados por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) de menos de 9/1000.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, en 2006 fue 0%, mientras que en 2007 hubo una muerte materna. Hay que tener en cuenta que esta tasa se calcula en número de muertes por 100.000 nacidos vivos, y en Cantabria hubo 18.000 nacimientos en los 4 años del período del Plan.

Cambios y líneas de mejora

Se ha puesto de manifiesto que existe algún caso problemático en cuanto a la dispensación de la píldora post-coital en los Servicios de Urgencias Atención Primaria de Santander: derivaciones inadecuadas, no dispensación, etc.

También se señala que ha habido un cambio de perfil en las demandantes de la píldora post-coital (ha habido un aumento de la edad de las personas que la solicitan) y se recoge la necesidad de hacer un seguimiento de dichos cambios.

En relación a los **objetivos** planteados en el ámbito de las **Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) (Objetivo 1)**, **existe la percepción de que la cobertura pública en Cantabria es muy baja**, aunque es la mayor en España, (9,8%), realizándose en su totalidad en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. El casi 90% restante se trata de casos presentados por salud mental de la mujer, que se realizan fuera del sistema público y en su mayoría fuera de la Comunidad Autónoma, fundamentalmente en el País Vasco y Asturias. Cantabria no contaba durante el periodo del PASM con ningún centro concertado para realizar esta mayoría de abortos, lo que comporta que las mujeres cántabras se vean por tanto obligadas a costearse el procedimiento.

Estos datos hay que leerlos a la luz de las diferencias en recursos y oportunidades en el acceso tanto a los métodos anticonceptivos como a la IVE entre las diversas Comunidades Autónomas. Dichas diferencias generan una situación de desigualdad en el acceso a la anticoncepción en función de la Comunidad Autónoma de residencia, que afecta fundamentalmente a las mujeres jóvenes y a las inmigrantes.

Los resultados obtenidos en relación al **objetivo 2**, de ofertar consulta preconcepcional al menos al 80% de las mujeres que planifiquen su embarazo, destacar que la consulta preconcepcional no se ha desarrollado como estaba prevista en el Plan 2004-2007. Es muy escaso el número de mujeres que la solicitan y no se ha hecho nada hasta la fecha por implantar este nuevo servicio. Los profesionales destacaron la importancia de mejorar el **diagnóstico prenatal de los defectos congénitos** mediante el screening bioquímico y ecográfico combinado.

Los agentes entrevistados también perciben que hay **diferencias en cuanto al servicio recibido durante el seguimiento del embarazo dependiendo del área sanitaria y de la zona básica de salud de la que dependan**. Concretamente se afirma que en la zona de Laredo, aun con menos recursos, se organizaron los servicios de manera más ordenada, mientras que en la zona de Santander, con más recursos, no se logró la misma efectividad.

Los profesionales opinan que existe una tendencia entre las mujeres a desresponsabilizarse del proceso de embarazo y parto, delegando la toma de decisiones a los profesionales. Esta situación crea dificultades para ejecutar el modelo que propone esta línea del Plan.

Desde esta misma perspectiva, también se considera que es muy difícil "reconstruir" una práctica basada en la evidencia científica que ha sido perdurable durante las últimas décadas. Hay aportaciones que también señalan la necesidad de **reconducir algunas dinámicas** (cesáreas innecesarias, inducciones innecesarias, etc.) y reconocer más la dimensión comunitaria del trabajo de los profesionales médicos en Atención Primaria.

Se considera la necesidad de pensar en iniciativas que contribuyesen a **romper con las rutinas** o hábitos que, en ocasiones, **no han permitido a los profesionales explorar alternativas** de mejora en lo que a la atención al embarazo y el parto se refieren.

De hecho, a la luz de las tablas que reflejan la evolución de los indicadores de atención al parto, todavía se han de realizar esfuerzos para conseguir reducir el porcentaje de cesáreas, de partos inducidos y de episiotomías, con una clara diferencia entre el sector público y privado.

En cuanto a la asistencia al parto también hay que considerar **las expectativas de los anestesistas, que no siempre coinciden con las de las matronas, gineco-obstetras o la de las propias mujeres**. En este sentido, emerge la necesidad de conciliar las expectativas que los distintos agentes (profesionales y usuarias) tiene en **relación al parto, sobre todo referida al manejo del dolor**. Los distintos colectivos profesionales coinciden en asegurar que el principal tema a debate es el control del dolor durante el parto y plantea que hay que ofrecer alternativas al mismo, a través de la introducción de nuevas técnicas y la reducción de las epidurales. Se da también un consenso en cuanto a que esto **implica un cambio en la mentalidad** de muchos profesionales y de las propias mujeres que demandan un parto sin dolor.

Por último, apuntar que los resultados obtenidos en relación al **objetivo 4, de aumentar en un 60% el porcentaje de mujeres que mantienen la lactancia materna a los 3 meses del parto**, es necesario poner de manifiesto que **los datos de la lactancia materna al alta hospitalaria se han mantenido estables** en ambos centros en los dos años. Los datos a los 3 meses no se han podido contrastar por haber sido tratados de forma diferente en cada una de las dos gerencias de Atención Primaria y no ser por tanto comparables.

5.2.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

LÍNEA 2: MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA

RECOMENDACIONES

- Consulta Joven y Educación Sexual:

Promover espacios de diálogo entre las Consejerías de Educación y Sanidad para: realizar un análisis del funcionamiento de la Consulta Joven, así como de las necesidades de recursos formativos en sexualidad y salud en las escuelas secundarias, abalado por ambas consejerías.

- Mejorar la participación de los profesionales:

Mejorar los procesos de participación: desarrollar mecanismos para que la participación sea representativa; que incorpore sus propuestas; mecanismos para publicitar dichos procesos; y para reconocer el trabajo que la participación representa (y que debe conllevar) para los profesionales.

- Papel de los profesionales:

Individualizar y reconocer las tareas que representa el seguimiento del embarazo (objetivos y carrera profesional). Cambiar la visión de las matronas como ayudantes, para visualizarlas como encargadas de liderar el proceso de vigilancia del embarazo. Además de potenciar el papel autónomo y de liderazgo de las matronas en el parto de mínima intervención.

Incorporar al colectivo de médicos anestelistas como agentes clave en los procesos de trabajo conjunto liderados por la DG de Salud Pública en el ámbito de la atención al parto y en concreto al manejo del dolor, de la misma forma que se ha incorporado a gineco-obstetras y neonatólogos.

- Prevención del embarazo no deseado:

Mejorar los procesos de explotación de datos relacionados con la anticoncepción post-coital, su dispensación y los perfiles de las usuarias; así como revisar el correcto cumplimiento de dispensación en todos los centros de salud.

- Atención al parto:

Anticipación para ir adecuando el proceso del parto fisiológico a los recursos humanos disponibles y las infraestructuras.

- Formación de los profesionales encargados de la atención al parto en:

- La línea de atención al parto fisiológico.
- El manejo del dolor.
- Conducción de grupos.

- Introducir el **Plan de Lactancia** dentro del próximo Plan de Salud de las Mujeres.

- Incorporar las **percepciones de las usuarias** a los procesos.

- Desarrollar espacios de preparación al parto fisiológico.

- **Potenciar la responsabilización de las usuarias** en relación al parto (en el marco de un proceso general de Salud Comunitaria).

- **Incidir en la gestión** de la atención al embarazo y parto en la **sanidad privada**, desde el respeto al código deontológico.

- Mejorar el **diagnóstico prenatal de los defectos congénitos** mediante el screening bioquímico y ecográfico combinado.

- **Evaluar la efectividad de los materiales** informativos y educativos que produzca el Plan.

5.3 LÍNEA 3 | REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

5.3.1 EVALUACIÓN DEL DISEÑO

Logros y Satisfacción

Se evalúa muy positivamente en general el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama (PDPCM) y se atribuye gran parte del **éxito de las reformas del diseño del Programa** a los cambios que se realizaron en su estructura, organización y difusión, así como a la lectura digital y la mayor implicación de los radiólogos en el Programa.

Se valora también que el diseño del Programa favoreciese una **mayor cobertura y accesibilidad** a las mujeres de Cantabria. Actualmente pueden acceder y se les ofrece el servicio a todas las mujeres entre 50 y 69 años.

5.3.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Atender a la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama

En este sentido, se percibe la necesidad de una atención mayor a los aspectos relacionados con la calidad de vida de la mujer que ha sido tratada por un cáncer de mama. Esto significa también **trabajar las cuestiones estéticas** relacionadas con su cuerpo y la satisfacción con el mismo.

Apoyar a las familias

Las usuarias han puesto de manifiesto la importancia de contar con un apoyo psicológico y de recursos para las familias de las mujeres que están recibiendo tratamiento, orientado a proporcionar herramientas a los familiares para saber ayudar a la mujer paciente.

5.3.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS

A) COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL E INTERSECTORIAL

Logros y Satisfacción

Se evalúan positivamente las iniciativas de coordinación **entre Atención Primaria y Atención Especializada**, en relación a todo lo que se refiere a patologías benignas. En este sentido, se valora igualmente que el **Servicio de Radiodiagnóstico** determinase la necesidad de ingreso de la mujer recién diagnosticada y que la mayoría de los seguimientos se realizasen entre dicho servicio y Atención Primaria (agilizando el protocolo y evitando los pasos intermedios por el Servicio de Ginecología, reduciendo así los tiempos de demora).

Las usuarias que están o han sido tratadas por cáncer de mama, en general tienden a valorar que el trabajo entre equipos ha sido fundamental y funciona correctamente, dándose un intercambio fluido de información y una mejor comunicación entre profesionales.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Incrementar la colaboración de profesionales con el PDPCM

Se señalan problemas relacionados con la organización de los servicios de salud ya que aún existe un número de profesionales que continúan enviando a las mujeres dentro de la franja de edad del programa a los servicios de radiodiagnóstico para ser sometidas a una mamografía de cribado, al margen del programa...

Mejorar los tiempos de espera

Las usuarias ponen un énfasis especial en la necesidad de mejorar los tiempos de espera de pruebas como la anatomía patológica.

A) PROTOCOLOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Logros y Satisfacción

Se han reducido los tiempos de espera asociados al PDPCM. En este sentido, la evolución fue muy positiva: A lo largo de la 4ª vuelta, solamente el 8% de los casos recibía los informes en menos de 15 días. A lo largo de la 5ª vuelta, el 72% de los casos recibían respuesta en menos de 15 días. Y al final de la 6ª vuelta (en 2007) llegó al 90%.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Fomentar el desarrollo de estudios epidemiológicos

Se valora la necesidad de fomentar el desarrollo de estudios epidemiológicos relacionados con la problemática del cáncer de mama a través del registro de tumores de Cantabria.

Mejorar los sistemas de información

El personal técnico considera la conveniencia de conectar distintos flujos de información y bases de datos. Básicamente, se propone que el sistema del PDPCM esté conectado con el OMI-AP, con los registros de mortalidad y con el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos) de los hospitales (con un filtrado y codificación automatizados).

B) FORMACIÓN

Logros y Satisfacción

Se reconocen grandes avances en relación a: a) el perfil de los profesionales técnicos; b) las competencias de los radiólogos; y c) la habilidad para disponer de equipos competentes bien coordinados con los distintos servicios.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Mejorar la formación de los profesionales

Las usuarias puntualizan la necesidad de que los profesionales médicos **adquieran habilidades** específicas en lo que han llamado "**dar noticias**": *"en comunicación, y acompañamiento al dar malas noticias"*. En general, se ha hablado de **mejorar el trato de los profesionales, evitar actitudes paternalistas, saber acompañar a la paciente emocionalmente y formarse en habilidades sociales**.

Además se enfatiza la necesidad desde el PDPCM de formar a los profesionales de Atención Primaria en el **seguimiento de las mujeres** que han sido previamente diagnosticadas de cáncer de mama.

En este mismo sentido las usuarias reiteran la necesidad de que los profesionales médicos de primaria estén preparados para implicarse de manera específica con el seguimiento y las revisiones de las pacientes que han sido tratadas por un cáncer: *"que esté al tanto, que colabore contigo, que te enseñe a sopesar qué puede significar una gripe para ti..."*.

C) DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN/COMUNICACIÓN

Logros y Satisfacción

Los aspectos relacionados con la mejora en **la comunicación con las usuarias** del Programa a lo largo de los últimos años, sobre todo en términos de sensibilidad y humanización.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Difusión de los éxitos del Programa

Una línea de mejora propuesta está relacionada con la difusión de los éxitos del programa, en la medida que podría ser una excelente **estrategia para incrementar la participación de mujeres** que, por la razón que sea, no están incluidas en el programa.

Además la difusión contribuiría al **reconocimiento de los profesionales** que contribuyen al éxito del Programa y al **conocimiento** del mismo **por otros profesionales** de dentro y fuera de la comunidad autónoma.

Ampliar/mejorar las informaciones que se proporcionan a las usuarias

Las usuarias tratadas por un cáncer de mama perciben la necesidad de recibir información de mayor calidad en cuanto a los efectos secundarios del tratamiento, al impacto en su calidad de vida y a cuestiones relacionadas a su sexualidad.

Difundir información sobre el valor y las limitaciones de la autoexploración de mama

Se considera que se debería hacer énfasis o difusión en cuanto al valor de la autoexploración de la mama, aunque siempre teniendo en cuenta que en ningún caso representa una alternativa al diagnóstico precoz de cáncer de mama. Es necesario dejar claro que cuando se recomiende la autoexploración a las mujeres como técnica complementaria de control, dicha recomendación siempre debería de ir acompañada con una explicación detallada por parte del médico, la cual raramente se realiza.

Informar sobre el PDPCM a las mujeres que acudieron a la sanidad privada

Se considera la posibilidad de difundir entre las mujeres que acudieron a los servicios de salud privados que se podrían beneficiar igualmente del programa. La idea también es darles información sobre los riesgos asociados a la “sobre utilización” de las mamografías que se tiende a hacer en la atención privada: radiaciones, falsos positivos, etc.

Informar a las mujeres sobre los criterios de seguimiento del PDPCM

Algunas usuarias resienten no tener acceso al PDPCM una vez han sido diagnosticadas de cáncer de mama, a pesar de que desde la Atención Especializada se las controla. El motivo que explican es que hay más control desde el PDPCM que desde la especializada o la primaria. Relatan que a algunas mujeres se les ha dado de alta desde Atención Especializada y han pasado años sin ningún tipo de control.

Desde el Programa, se plantea la imposibilidad de mantener a las mujeres una vez diagnosticadas, ya que esto iría en contra de los principios del propio Programa, y no se consideraría una buena práctica. De acuerdo a las Guías de Calidad de la Unión Europea, que es la que siguen todos los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Mama, el seguimiento de las mujeres con cáncer de mama debe de hacerse a través de los servicios de Atención Primaria y Especializada, como se recoge en el Protocolo de “Criterios de actuación para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria” del Servicio Cántabro de Salud (indicado en el Catálogo de Pruebas Diagnósticas en Procesos asistenciales desde Atención Primaria). Esto hace por tanto **necesario que se enfatice tanto a nivel de AP como de Especializada, la importancia de coordinarse en cuanto al cumplimiento de protocolos de seguimiento a mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama.**

5.3.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS

A) ESTRUCTURAS Y EQUIPOS

Logros y Satisfacción

En lo referente al sistema de unidades de exploración, se considera un **crecimiento importante del Programa, la creación de tres unidades fijas de exploración**. La unidad móvil se utilizó en las zonas más alejadas de los núcleos urbanos (donde es más valorada porque se aproxima el servicio a la población).

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Es generalizada la percepción de que es necesario **mejorar las salas de tratamiento y los diferentes espacios** para hacerlos más acogedores. En este sentido, las usuarias consideran fundamental **separar la zona de paliativos oncológicos del resto de pacientes en tratamiento**. En el momento del desarrollo de esta evaluación se está trabajando en la mejora de las infraestructuras del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, por lo que es probable que al tiempo de difusión de ese informe ya se esté mejorando en la línea de algunas de las recomendaciones mencionadas.

Otro aspecto de mejora está relacionado con la necesidad de que la Consejería tenga un papel más protagonista en relación a la **unidad de cuidados paliativos domiciliarios**.

B) RECURSOS HUMANOS

Logros y Satisfacción

Igualmente se evaluó como un paso muy positivo a mejorar la atención a las mujeres durante el proceso de su enfermedad, la inclusión en el Programa de Atención Especializada de Ginecología del acompañamiento durante todo el proceso, a través de la figura de **la enfermera tutora** del cáncer de mama.

Se valora positivamente la estrategia de **consolidar puestos de trabajo asociados al PDPCM** (radiólogos para la lectura mamográfica), así como la actual disponibilidad de **recursos técnicos** para desarrollar el programa.

Otra de las cuestiones que se ha valorado muy positivamente por parte de las usuarias son los **Grupos de Autoayuda**, organizados por las asociaciones con apoyo del PDPCM. Las usuarias opinan que sería necesario seguir potenciando estos grupos en la medida que se reconocen como un buen **respaldo psicológico para las mujeres**.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

Se reconoce la necesidad de **augmentar la plantilla de especialistas en radiología**.

C) MATERIALES DIDÁCTICOS

Logros y Satisfacción

Se valora positivamente por parte de las usuarias la redacción de **una guía clínica** que dio pautas a los profesionales médicos sobre el seguimiento y los circuitos establecidos.

5.3.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS Y COBERTURA

Logros y Satisfacción

En relación a los Objetivos y Criterios e Indicadores de Evaluación descritos en el PASM:

En concreto, en cuanto al objetivo específico de **(1) (3) Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Cantabria (< 20 casos por 100.000 mujeres)**, tal como se indica en la tabla 3, se observó una **tendencia a la baja entre la tasa bruta de mortalidad** por cáncer de mama del año 2000 y la del 2005 (más de 10 puntos inferior). En estos términos se puede afirmar que se han logrado avances. A 2005 con 20,52 casos por 100.000 mujeres, casi se había conseguido alcanzar el objetivo propuesto de < 20 casos.

Tabla 3 - Evolución de la tasa bruta de mortalidad por cáncer de mama, ajustada por edad. Cantabria

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalidad por cáncer de mama (tasa bruta ajustada por edad) en Cantabria	32,5	25,1	25,5	27,7	29,9	20,5

Fuente: Registro de tumores de la Dirección General de Salud Pública

(2) (4) (9) En relación al objetivo específico de *mantener los indicadores del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) dentro de las recomendaciones de las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico*, podemos decir que los indicadores del PDPCM alcanzaron dichas recomendaciones de calidad en cribado mamográfico, en términos de “tasa de detección de Cáncer de Mama”, de “cáncer invasivo detectado de menos o de 10 mm de tamaño”, de “cáncer invasivo detectado sin afectación ganglionar” y de “mujeres satisfechas con el Programa (ver tabla 4).

Tabla 4 - Indicadores del Programa de Detección Precoz (4ª y 5ª vuelta) comparados con los valores propuestos en las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico

	Resultado 4ª Vuelta	Resultado 5ª Vuelta	Guía Europea
Índice de participación	56,89%	64,53%	≥ 70%
% mujeres deben repetir mamografía por técnica incorrecta	no disponible	2,80%	< 3%
% mujeres que entre la mamografía y resultado esperan ≤ 14 (dl)	8,00%	71,92%	> 90%
% mujeres derivadas para valoración adicional	3,29%	6,97%	≤ 5%
% mujeres derivadas a re-citación precoz (1 año)	3,96%	1,77%	≤ 1%
% mujeres que entre sospecha y valoración esperan ≤ 7 (dl)	12,50%	45,69%	> 90%
Tasa de detección de Cáncer de Mama	2,35/1.000	4,87/1.000	≥ 3/1.000
% de cáncer ductal in situ detectado	14,06%	18,42%	≥ 10-20%
% de cáncer invasivo detectado de ≤10 mm de tamaño	34,54%	36,29%	≥ 30%
% de cáncer invasivo detectado sin afectación ganglionar	75,00%	78,07%	≥ 75%
% de mujeres satisfechas con el Programa	no disponible	97,7%	≥ 97%

Fuente: Evaluación 5ª vuelta (2005-06) PDPCM

Por otro lado también se pone de manifiesto una mejora importante en cuanto al cumplimiento de los objetivos relacionados con la calidad de la detección (estadio en el que se detecta).

En cuanto a las **tasas de participación** del PDPCM, se pone de manifiesto que en relación a la 4ª vuelta (56,9%), se incrementó en 8 puntos la participación de la 5ª vuelta (64,53%), aumentando a 68% en la 6ª vuelta (2007). Teniendo en cuenta que la Unión Europea establece como indicador de calidad por lo menos un 70% de participación, se puede considerar que en Cantabria se está a punto de conseguir el estándar de participación europeo.

Además, el porcentaje de mujeres que esperan menos de 14 días entre la mamografía y el resultado (89,84%) ya alcanza prácticamente el 90% que establece la Unión Europea.

Siguiendo las recomendaciones de la Unión Europea y de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud en la 6ª vuelta (2007-2008) se incrementó la edad de cribado hasta 69 años.

Necesidades de Mejora y/o Cambios

(10) En cuanto al indicador definido en el PASM de *Grado de desarrollo de un Plan Integral para la Atención al Cáncer de Mama en Cantabria*, aunque se han dado importantes mejoras en el Programa, dicho Plan Integral no llegó a materializarse.

Aunque en 2005, el PDPCM llevó a cabo, el “Programa Cita Activa” (a través de una encuesta telefónica) con el objetivo de conocer los motivos de no participación de aquellas mujeres que fueron invitadas a participar en el Programa, se enfatiza la importancia de **profundizar en el estudio de las causas de no participación** de las mujeres en el programa de cribado. La encuesta telefónica (con un nivel de respuesta del 50%) desveló que el 43,48% de las mujeres invitadas a participar en el PDPCM no acudirían a la cita del mismo después de haber recibido la llamada. De éstas el 85% no lo harían por estar siendo controladas por otros dispositivos. Para conocer las causas de no participación de estas mujeres sería necesario explorar los itinerarios tanto en el Servicio Cántabro de Salud como en el sector privado, así como las motivaciones para acudir al último.

Se recomienda así mismo que se realice un **análisis de la reducción de la mortalidad** asociado al PDPCM.

5.3.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

LÍNEA 3: REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

RECOMENDACIONES

- **Evaluar el impacto del programa a los 10 años:** mortalidad, supervivencia, recidivas, iatrogenia y calidad de vida.
- **Diseñar actuaciones que incidan** sobre las causas de no **participación** en el PDPCM (para alcanzar la cobertura deseada)
- Desempeñar una **estrategia de difusión** que incluya materiales informativos en relación a: 1) los motivos de programar una exploración bianual y los riesgos asociados a la sobre-exploración; y 2) la evidencia asociada a las recomendaciones de la autoexploración.
- Mejorar los **procesos de asistencia y atención a las mujeres detectadas** con cáncer de mama, estableciendo estrategias y mecanismos en lo que atañe a: 1) mejorar la información y comunicación dada sobre los procesos de la enfermedad y los tratamientos; 2) diferenciar y hacer más acogedores los espacios de atención; 3) reducir los tiempos de espera; 4) dar asistencia a las familias.
- Enfatizar tanto a nivel de los servicios de Atención Primaria como de Especializada, la importancia de coordinarse en cuanto al cumplimiento de protocolos de seguimiento a mujeres con diagnóstico previo de cáncer de mama.

5.4 LÍNEA 4 | REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES DEBIDOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Los objetivos y los criterios de evaluación de la línea 2 hacen referencia a:

5.4.1 EVALUACIÓN DE DISEÑO

Logros y Satisfacción

Buena aceptación del Diseño y desarrollo participativo en esta línea. En general se valora positivamente que el diseño y desarrollo de esta línea del Plan hayan sido participativos, donde las asociaciones han jugado un papel clave en incorporar las necesidades sentidas por las mujeres.

Cambios y líneas de mejora

Mayor sensibilización ante las necesidades sentidas por las mujeres

Una diversidad de voces, comenzando por el consenso de las usuarias, han puesto de manifiesto la necesidad de que los servicios, tanto de AP como las asociaciones especializadas, que dan atención a las mujeres que sufren violencia sean más sensibles a las necesidades sentidas de las mujeres y tengan en cuenta la diversidad de circunstancias y perfiles de las personas maltratadas. Muchas de estas mujeres no querían separarse o denunciar a su pareja, y por esta causa se han sentido juzgadas y han percibido que no se les entendía y que estaban siendo "presionadas" a actuar en una determinada forma sin que se haya reconocido su propio proceso. Igualmente sienten que esto les ha podido limitar el acceso a determinados servicios.

5.4.2 EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN

Cambios y líneas de mejora

Redefinir el concepto de la violencia de género, incorporando nuevas dimensiones.

Algunos participantes han puesto de manifiesto la necesidad de dimensionar el tema del **acoso sexual en el trabajo**, en la medida que se percibe como un maltrato de incidencia creciente.

Incluir a las personas maltratadoras en la intervención que se realiza desde los servicios

Este es uno de los temas clave al que apuntan las mujeres que sufren maltrato de la pareja. De hecho, del diálogo con las usuarias se desprende la necesidad de **promover un trabajo de orientación familiar sistémica** para abordar los temas de violencia de género.

En este mismo sentido, algunos profesionales destacan el problema que les generó trabajar también con el maltratador. Por un lado, porque se les creó la necesidad de adquirir conocimientos relativos a la dimensión relacional de la violencia de género que no tenían; y por el otro, por el rechazo al trato con personas maltratadoras. Desde diversos ámbitos, se considera por tanto esencial la inclusión en el Protocolo del trabajo con maltratadores.

5.4.3 EVALUACIÓN DE PROCESOS

A) COORDINACIÓN INTERPROFESIONAL E INTERSECTORIAL

Logros y Satisfacción

Buena coordinación intersectorial y nuevas incorporaciones de especialistas

Primeramente se hace una valoración positiva en cuanto a que los **servicios sanitarios** se hayan implicado en la detección y atención a la violencia de género, y que se coordinen **con otros recursos de la comunidad**.

Así mismo se considera un avance positivo que la coordinación **entre los servicios de salud de Atención Primaria (trabajadoras sociales) y los servicios sociales de los Ayuntamientos** haya sido fluida.

Igualmente se destaca el esfuerzo de coordinación **entre la Dirección General de Salud Pública con la Dirección General de la Mujer, con las asociaciones y con otras instituciones (justicia, fuerzas del orden)** para mejorar la detección precoz y la atención a las mujeres que sufren violencia de género.

Se valora muy positivamente por parte de todos los agentes **la inclusión de Salud Mental** en el circuito de atención a las mujeres que sufren violencia de género y **la incorporación de una especialista en violencia de pareja en la GAP02**. Así mismo se subrayan los esfuerzos realizados desde Salud Mental para mantener el contacto con los profesionales de Atención Primaria que les han derivado los casos de violencia.

En este mismo sentido también se reconoce el beneficio de trabajar con grupos interprofesionales, así como de trabajar con Grupos de Apoyo (que no psicoterapéuticos) con usuarias que no quieren ser derivadas a servicios especializados concertados.

Por otro lado, también se considera que las **derivaciones** (a raíz de las distintas iniciativas implementadas) **sean más pertinentes**. Esto implica un mayor aprendizaje de los profesionales a través, no solo de la formación impartida sino de la experiencia desarrollada desde el inicio de las acciones en el ámbito de la atención a las mujeres que sufren violencia de la pareja.

Cambios y líneas de mejora

Establecer nuevas coordinaciones con otras áreas de la Administración

En la medida que se ha percibido una tendencia a la reproducción de roles asociados a la violencia machista entre la población joven, se apunta la necesidad de coordinar con otras áreas de la administración, especialmente con Educación, **el trabajo de violencia de género con jóvenes.**

Se describe un desacuerdo entre la lógica de los estamentos judiciales y los servicios sanitarios. Concretamente, se hace referencia a las terapias eximidoras de penas dictadas por los jueces para los maltratadores, que se han de llevar a cabo en los servicios de salud mental. Esta cuestión plantea la necesidad de llegar a acuerdos conceptuales y de procedimiento entre distintas instancias de la administración implicadas en las actuaciones contra la violencia de género.

Sistematización de los procesos de derivación (continuidad asistencial)

En relación a la detección de la violencia de género que se ha realizado en los servicios de urgencias, se ha percibido que no estaban claramente sistematizados los procedimientos de derivación.

Establecer dinámicas efectivas de comunicación interprofesional

Se valora que las actuales dinámicas de trabajo en los centros de salud han dificultado el seguimiento y la comunicación entre profesionales que debería acompañar a toda derivación.

Los profesionales apuntan la necesidad de **recuperar una lógica de trabajo en equipo dentro de los centros de Atención Primaria.** Se considera que no existen pautas comunes en todos los centros para el trabajo en equipo y la reflexión conjunta. En los casos en que sí han existido dichos espacios, es porque el tamaño del centro lo permitía o porque determinadas sintonías personales lo promovían.

B) PROTOCOLOS, SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Logros y Satisfacción

Se tiende a valorar en general positivamente por parte de los profesionales y las asociaciones el Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos, así como la inclusión de la **pregunta universal.** También se ha valorado positivamente el Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales.

En relación al indicador (2) de la línea 4 del PASPM: *Grado de aplicación del Protocolo de actuación sanitaria*, a finales de 2007 todos los Equipos de Atención Primaria de ambas Gerencias tenían implantado el Protocolo.

Además, se considera que la **inclusión de métodos de medición del trabajo realizado por parte de cada profesional** (a través de OMI-AP), ha contribuido a incrementar la captación activa en los programas preventivos.

La mayoría de participantes en la evaluación valoran positivamente que poco a poco los profesionales hayan “*ido haciéndose suyo*” el Protocolo, y con ello, hayan adecuando su aplicación a las diferentes necesidades y casos.

Esta cuestión también podría estar relacionada con la **alta cobertura** que tiene Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos respecto al tiempo de implantación del mismo.

Un valor añadido de la implantación del protocolo, es la percepción entre algunos profesionales de que éste ha servido también para la **mejora de la relación médico-paciente**, así como para hacer comprensibles a los profesionales ciertas situaciones o malestares de las usuarias. Además el Protocolo ha contribuido a prestigiar a profesionales que hasta ahora desempeñaban una función poco visualizada (como por ejemplo, las trabajadoras sociales).

También se valora positivamente la aplicación del Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos y Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones/Abusos Sexuales a nivel de Urgencias Hospitalarias, mejorando sensiblemente la detección y los circuitos de atención integral a las mujeres.

Cambios y líneas de mejora

Revisar la periodicidad de la aplicación del protocolo

Se ha considerado importante la necesidad de valorar las ventajas y los inconvenientes de aplicar el protocolo de detección de violencia cada 5 años en lugar de cada 3.

Tener en cuenta la gestión del tiempo de los profesionales ante el aumento de la demanda

Un problema fundamental señalado por los profesionales en relación a la aplicación del Protocolo ha tenido que ver con la gestión de la demanda: formular la pregunta universal ha implicado, en ocasiones, invertir mucho más tiempo del disponible preguntando y explorando a una sola paciente.

Hay profesionales que **valoran negativamente** que la aplicación del protocolo y la formulación de la **pregunta universal se incluya en la Cartera de Servicios** y, por tanto, “*funcione por presión de gestión y en base a una lógica de incentivos*”. Básicamente **por dos motivos**: primero, porque entienden que eso contribuye a consolidar discursos del tipo: “*voy a captar el porcentaje que me piden para cumplir una cantidad de servicios y me lo cuentan en los incentivos*” que no implica una mayor sensibilización al tema; y segundo, porque en poco espacio de tiempo se han añadido a la Cartera de Servicios distintas políticas de incentivos que han creado una cierta sensación de saturación.

Unificar los sistemas de información entre Gerencias de Atención Primaria

Se valora la necesidad de revisar la coordinación entre las Gerencias de AP en cuanto a: **criterios de inclusión** en **OMI-AP** (¿qué se registra?), **de ordenación** (¿cómo se registra?) y **de explotación** (¿qué uso damos a la información que se recoge?) en relación a esta línea.

Se apunta a que la explotación de los sistemas de registro debe servir para hacer un nuevo análisis de necesidades más específico (necesidades de las usuarias, necesidades de investigación, de recursos, etc.).

Facilitar el acceso de los profesionales a la información

Se demanda explícitamente que se establezcan canales de comunicación con los profesionales de la salud, con el fin de hacerlos conocedores de la evolución del problema de la violencia de género, así como del mérito atribuible al protocolo en la mejora del mismo.

Se considera que se debe mejorar el acceso a la información de los circuitos y servicios disponibles para **profesionales de Atención Especializada** que no fueron incluidos en el programa en esta primera fase.

C) FORMACIÓN

Logros y Satisfacción

Se valora positivamente que se haya realizado una formación previa a la implantación del Protocolo a todos los profesionales de Atención Primaria, de Salud Mental, y de los Servicios de Urgencias de AP y de Especializada, y que el índice de participación haya sido muy elevado (aprox. 87%).

De acuerdo al Indicador (3) de la Línea 4 de actuación del PASM: *Actividades de formación realizadas*, a lo largo del 2005, 2006 y 2007, se han realizado 37 ediciones del "Curso de Formación en el abordaje de la violencia contra las mujeres como problema de salud".

En 2005 se formaron 100 profesionales socio-sanitarios de los Equipos de Atención Primaria. En 2006 se formaron 528 profesionales de los Equipos de Atención Primaria y de distintos ámbitos. En 2007 se formaron 671 profesionales de los Equipos de Atención Primaria, 061 y Atención Especializada.

En total se han formado 1.299 profesionales a lo largo de los tres años.

Respecto a la **formación recibida** en violencia de género, los **profesionales de Atención Primaria** han señalado su **contribución a:** a) **sensibilizarles** en la problemática y la necesidad de su abordaje; b) **actualizar** su formación; c) **darles herramientas** para la detección; y d) ayudarles a **conocer** la disponibilidad de **circuitos y recursos**.

Cambios y líneas de mejora

Mejora de la formación en violencia

Los profesionales señalan que se podría mejorar la formación en violencia teniendo en cuenta las dificultades que pueden generar planteamientos excesivamente confrontadores, sobre todo con los hombres; y dimensionando más la carga práctica: **trabajando con casos**, con las consecuencias prácticas de la detección (protección emocional), y con el *“qué hacer con el maltratador, que también es paciente mío”*.

Algunos profesionales perciben que, en ocasiones, la **formulación de la pregunta universal** puede tener **efectos contraproducentes** en las usuarias (desmoronamiento emocional, recuerdos de violencias pasadas, etc.), y los profesionales no disponen de las herramientas adecuadas para paliarlos. Se sugiere que se debería mejorar la formación a los profesionales para poder dar mejores respuestas a estas situaciones.

Además algunos profesionales destacan **problemas en la aplicación de la pregunta universal** por *“motivos morales”* (consideran que es una pregunta que no se debe hacer) o de confidencialidad (en lugares de residencia pequeños y rurales donde se conoce todo el mundo), que implican una necesidad de **mejorar la sensibilización** a los profesionales.

Algunos profesionales comentan que no tuvieron a disposición suficientes herramientas para *“protegerse emocionalmente”* de los efectos del trabajo con violencia de género (y la implicación emocional que conlleva). Se debería capacitar a los profesionales para gestionar emocionalmente los casos.

A nivel de los contenidos de la formación, se propone **incluir contenidos sobre aspectos relacionales, de materia ético-legal, de gestión de emociones, de manejo de la situación de detección y de la entrevista empática.**

Se considera que se deberían hacer esfuerzos para **facilitar la participación del personal administrativo y formar a los profesionales de Atención Especializada** que no fueron incluidos en el ciclo formativo.

También se ha recogido **el interés de alguna asociación por participar en la exposición de historias clínicas en AP** y en las **formaciones dirigidas a los profesionales** de la salud.

5.4.4 EVALUACIÓN DE RECURSOS

A) ESTRUCTURAS Y EQUIPOS

Logros y Satisfacción

En cuanto a los recursos, en general se está de acuerdo en que los espacios de Atención Primaria son adecuados para realizar la detección.

Cambios y líneas de mejora

Incremento de profesionales en Salud Mental

Distintas voces apuntan la conveniencia de mejorar las condiciones laborales de la persona especialista en Salud Mental y Violencia de Género de la GAP2 (falta de instrumentos de registro; alta demanda para una sola persona; elevada implicación personal sin espacios colegiados o de supervisión; recelos profesionales). En esta misma dirección, se puntualiza la **necesidad de más profesionales en Salud Mental con formación y experiencia en Violencia de Género**, para cubrir la demanda, y acortar así los tiempos de espera.

5.4.5 EVALUACIÓN DE RESULTADOS: EFECTOS Y COBERTURA

Logros y Satisfacción

Tabla 5. Evolución de los indicadores del Servicio 210: Detección y Atención a la Violencia contra las mujeres.

Indicadores	2006		2007	
	GAP01	GAP02	GAP01	GAP02
Población diana (mujeres de >14 años cubiertas)	39.435 21,6%	71.401 98,89%	181.970 100%	72.197 100%
Captación (mujeres de >14 años con detección realizada)	1.514	12.081	25.088	23.745
Cobertura (captación/ población diana)	4,6%	7,1%	13,8%	37,7%
Mujeres que manifiestan. sufrir/haber sufrido malos tratos	69	852	1.663	1.932
Prevalencia observada	4,6%	7,1%	6,6%	7,1%

Fuente: GAP1 (OMI-AP) Periodo 1 de junio de 2005 a 31 diciembre 2007
GAP2 (OMI-AP) Periodo del 1 de octubre de 2005 al 9 abril 2008

Es importante enfatizar el esfuerzo realizado en cuanto a la cobertura del Programa de Detección de la Violencia de Género impulsado por el PASM. En este sentido el Objetivo Específico (1) de la línea 4 del Plan: *Al menos el 60% de los casos de mujeres maltratadas serán detectados desde los servicios sanitarios*, se evaluó en cuanto a los problemas de formulación que presentaba por el desconoci-

miento sobre si el denominador de la tasa que se propone visualizar es el total de mujeres maltratadas o el de mujeres detectadas. Se ha convenido destacar la tasa de cobertura a 2007 del protocolo de detección de violencia en AP, así como la prevalencia a 2007 definidas como:

- a) **Tasa de cobertura:** nº de mujeres de más de 14 años a las que se ha realizado la detección sistemática al finalizar 2007, en relación al nº de mujeres de más de 14 años cubiertas por este servicio. Tasa de cobertura a 2007 = 20,6%.
- b) **Prevalencia:** nº de mujeres de más de 14 años que han manifestado estar sufriendo malos tratos por parte de su pareja **en el pasado o en la actualidad, o en ambos casos**, en relación al nº de mujeres de más de 14 años a las que se ha realizado la detección sistemática al finalizar 2007. Prevalencia a 2007 = 6,9%.

De acuerdo al indicador (4): *Número y evolución de los casos registrados desde los servicios sanitarios*, se puede visualizar en la tabla 5 la evolución de los indicadores registrados en el Programa de Detección de la Violencia de Género desde los servicios sanitarios en los años 2006 y 2007.

Es necesario tener en cuenta que el “Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos hacia las Mujeres” se comenzó a implantar de forma progresiva en junio de 2005, comenzando por la GAP2. Los datos presentados deben leerse teniendo en cuenta que a fecha 31 de diciembre de 2006, el 100% de los Equipos de Atención Primaria de la GAP2 tenían implantado el Protocolo, mientras que en la GAP1, solo el 32% de los Equipos lo habían implantado.

Fue a lo largo de 2007 cuando los distintos centros de la GAP1 fueron adoptando el Protocolo hasta llegar al 100% de implantación a 31 de diciembre de 2007.

En cuanto a las percepciones expresadas por los participantes en la evaluación hay que destacar las siguientes:

Se considera importante el hecho de que los **profesionales hayan reconocido su papel en la detección** de la violencia de género.

Además, se ha valorado positivamente el **trabajo psicosocial** que se está dando con las mujeres que han sufrido violencia de pareja, desde una aproximación interprofesional en los centros especializados.

Se destaca así mismo como un paso muy importante **que la mujer encuentre un espacio en el que hablar** de su problema de violencia.

Las usuarias valoran que su estado de bienestar y sensación de seguridad mejoró con la terapia psicológica grupal ofrecida en su zona (GAP2).

Cambios y líneas de mejora

También desde el punto de vista de resultados y a partir de la información generada en las entrevistas y grupos de discusión se propone mejorar los siguientes aspectos de la línea:

Mejorar la sensibilización a los profesionales

Algunas usuarias relatan experiencias de las que se desprende que todavía hay profesionales médicos de primaria que no están sensibilizados con la problemática de la violencia de género.

Mejorar la gestión del tiempo en la consulta

Se apunta que las largas listas de espera en los servicios de especializada afectan al buen funcionamiento de la asistencia continuada: por un lado el tiempo de asistencia suele ser demasiado corto, y por otro, las visitas se dilatan demasiado en el tiempo.

Trabajar el enfoque bio-psico-social

Algunos profesionales señalan la conveniencia de, además de trabajar terapéuticamente el hecho del maltrato en sí, reforzar el trabajo relacionado con la trayectoria de las mujeres, sus espacios de socialización primaria, etc.

5.4.6 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

LÍNEA 4: REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES DEBIDOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

RECOMENDACIONES

- Detección:

Crear una comisión de seguimiento y coordinación del Protocolo integral con carácter más operativo (revisión del perfil de participantes en dicha comisión).

- Formación:

En relación a la formación en “atención integral a las mujeres que viven una situación de violencia de pareja”, se recomienda dar seguimiento a la formación en aquellas áreas en que se identifica mayor necesidad:

- Enfoque de género en salud.
- Como hacer la pregunta universal.
- Qué hacer ante una respuesta positiva.
- Recursos informativos.
- Manejo emocional de las mujeres entrevistadas y de los profesionales de salud.

- **Acercar la información** relativa a los circuitos y los servicios de Violencia de Género a los profesionales de salud de **los centros hospitalarios**.

- Atención

El Servicio de Salud Mental que atiende a las mujeres que sufren violencia de pareja de la GAP2 ha sido muy bien valorado por las usuarias. Teniendo en cuenta sus aportaciones, sería conveniente **revisar los criterios de calidad** (comprensión, escucha, judicialización de la demanda, etc.) de transparencia y de efectividad que rigen el trabajo de otros servicios concertados.

Trabajar desde AP **con grupos de mujeres**, con la colaboración y soporte de psicólogos, quienes podrían desplazarse a los centros de salud para trabajar con los grupos y dar apoyo a los profesionales.

Generar una línea de **trabajo con personas maltratadoras** desde un enfoque integral de la violencia (desde sus diversas dimensiones), así como con el resto del entorno familiar (hijos, hijas y personas mayores).

5.5 LÍNEA 5 | MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Los objetivos y los criterios de evaluación de la línea 5 hacen referencia a:

Como se ha señalado en el apartado de evaluabilidad, esta línea ha tenido poco desarrollo durante el período del PASM. En esta línea se plantean Objetivos específicos que en realidad son líneas de actuación sobre temáticas diferentes, estableciéndose poca relación entre ellas. Así pues, ante la dificultad de presentar los resultados siguiendo el mismo esquema que en las líneas anteriores, en esta línea se presentan en dos grandes bloques. El primero hace referencia a los logros y satisfacción que estarán centrados básicamente en la consecución de los objetivos propuestos (eficacia) y en un segundo bloque, se van a introducir las líneas de mejora propuestas por los agentes entrevistados.

5.5.1 LOGROS Y SATISFACCIÓN

El Objetivo General 1 no se ha desarrollado desde el Plan de Salud para las Mujeres, aunque se ha elaborado desde la Dirección General de Salud Pública el Plan de Salud Laboral, que incluye solo parcialmente algunos de los elementos de este objetivo.

En relación a la voluntad de promover la salud mental de las mujeres, cabe destacar la financiación del Taller sobre trastornos de la conducta alimentaria - 2005.

En relación a la voluntad de promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la madurez, cabe destacar las siguientes actuaciones desde diversos ámbitos de Salud Pública, Atención Primaria y Servicios Sociales:

- La creación de la beca de formación práctica en el análisis de la salud de la mujer madura y sus condicionantes;
- El Programa de intervención grupal con mujeres - 2006;
- El Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria: Servicio de Tele-asistencia, Servicio de Atención Domiciliaria, Servicio de comida a domicilio 2006 - 07.

El Objetivo General 3 se planteó como estrategia, el desarrollo de una Guía de actuación frente a las patologías o disfunciones del Suelo Pélvico, dirigido a mejorar la calidad de vida de las mujeres. Para ello se constituyó en 2006 un grupo de trabajo multidisciplinar para su evaluación que se subdividió en 4 subgrupos para trabajar: 1. el ejercicio y rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico; 2. el parto y puerperio; 3. la orientación diagnóstica y tratamiento conservador; y 4. estudios complementarios y tratamientos quirúrgicos. Este trabajo no se ha finalizado, quedando pendiente para el ejercicio del siguiente Plan.

En relación a los **Criterios de Evaluación e indicadores** de la línea 5, solamente es posible dar respuesta a los siguientes:

(1) Número de actuaciones de información y educación realizadas.

- El Programa de Intervención Grupal con mujeres: Promoción de su salud y autonomía.

Desde el Plan se ha promocionado el desarrollo de una prueba piloto del “Programa de Intervención Grupal con mujeres” en el Centro de Salud de La Vega-Zapatón de Torrelavega. Este programa fue dirigido a mujeres que acudían a la consulta con sintomatología inespecífica y medicalizadas por la misma. Un total de 40 mujeres se beneficiaron de los 2 grupos realizados.

(2) Número de actuaciones realizadas para facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.

El Servicio Cántabro de Salud estableció un acuerdo en este sentido. Desde el Plan se ha promocionado la colaboración con las iniciativas de promoción de Centros de Atención a la Primera Infancia.

(7) Proporción de mujeres que han participado en programas de información y educación sobre vida saludable.

En diversos centros de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma se realizan programas de información y educación sobre vida saludable, aunque no de forma sistematizada. En el Centro de Salud La Vega-Zapatón participaron 76 mujeres durante 2006.

5.5.2 CAMBIOS Y LÍNEAS DE MEJORA

Los agentes participantes en la evaluación en general concuerdan con que **la salud mental es uno de los principales problemas y retos que enfrenta el sistema de salud** de la comunidad autónoma.

Además una cuestión importante a considerar en cuanto a los temas que aborda esta línea, son las áreas de solapamiento con otros programas que no son de competencia de la Dirección General de Salud Pública, como es el caso de los programas ligados a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de la Dependencia, que residen en la Dirección de Servicios Sociales. Esto supondría por tanto que la próxima edición del PASM debería de contemplar a la hora de evaluar aquellas acciones que son de competencia mutua y donde se deben de establecer colaboraciones, así como no incluir las que son de competencia exclusiva de otras direcciones generales.

En este sentido, se apuntan algunos resultados preliminares relacionados con la percepción generalizada de gerentes, gestores y profesionales en cuanto a la **necesidad de desarrollar esta línea de actuación**, sobre todo en lo que atañe a promover el bienestar y la calidad de vida de las **mujeres en la etapa de la madurez**. *Hay una área que es el de personas mayores que sí que debería de haber un enfoque distinto en hombres y en mujeres, porque es un problema real que las mujeres en edades avanzadas están en condiciones muy distintas al hombre, finalmente está en situaciones socioeconómicas muy desventajosas, finalmente la pobreza tiene género, vive sola y padece unas situaciones que, sino separamos ese factor atendemos mal.*

También se destaca la **importancia de atender las necesidades de salud de las personas cuidadoras** de personas dependientes, cuya mayoría son mujeres, y progresivamente mujeres **inmigrantes**. Estas necesidades no estarían cubiertas por los programas de la DG de Servicios Sociales de atención a personas dependientes, y sería importante empezar a trabajarlas dado el grado de deterioro de la salud que sufren muchas de estas personas.

Por último, las **mujeres discapacitadas** han señalado la importancia de que sean **atendidas sus necesidades** como usuarias, ya que como destacan sufren desigualdades por el hecho de ser discapacitadas y mujeres, por lo cual se sienten doblemente discriminadas (Ver Recomendaciones de cambio L5).

Uno de los objetivos fundamentales de esta línea, recoge la voluntad de **promocionar el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la madurez**, y en concreto, la voluntad de desarrollar programas especiales de atención socio-sanitaria a las **mujeres con enfermedades crónicas y con discapacidades**. Las aportaciones de las usuarias y representantes de asociaciones de pacientes y de personas con discapacidades plantean los siguientes **ejes de mejora en cuanto a la atención a personas con enfermedades crónicas, enfermedades raras y discapacidades**:

- a) Apoyo psicológico en las diferentes fases del diagnóstico y la atención: *"que me ayude a asumir ese diagnóstico y que me de unas pautas y unos hábitos con los que pueda vivir sin necesidad de llegar al otro"*.
- b) Sensibilidad y acompañamiento por parte de los profesionales de la salud: *"en medicina habría que meter una asignatura de ética y psicología"*.
- c) Formación específica en este ámbito dirigida a los profesionales de Atención Primaria: *"les falta un poquito de conocimiento de lo que son las discapacidades sensoriales"*.
- d) Una mayor coordinación entre niveles y organismos: *"Siguen mandándonos de especialista en especialista"*.
- e) Adecuación de la Ley de Promoción de la Autonomía personal y de atención a la dependencia: *"Se nos ve como tercera edad, y ha sido pensada para la tercera edad, y entonces estamos todos como rosas según la ley de la dependencia"*.

- f) Incremento de los recursos disponibles en el sistema sanitario: *“Necesitamos una estrategia autonómica de Cantabria donde se refleje que hay un segmento de la población que tenemos enfermedades de baja prevalencia o raras”. “A propósito de los medicamentos, por ejemplo en el lupus tenemos que utilizar cremas de protección solar lo más alta continuamente, y... no están contemplados”.*

5.5.3 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

LÍNEA 5: MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

RECOMENDACIONES

Se deberían reconsiderar los objetivos planteados y valorar el **trabajo** de esta línea **vinculándolo a los otros planes** de la DG de Salud Pública: Plan de Atención a las Drogodependencias, Plan de Salud Laboral, Plan de Paliativos, y si en su día se lleva a cabo, el Plan de Salud Mental,. En caso de no elaborarse el Plan de Salud Mental, desarrollar una línea de actuación específica en el próximo Plan de Salud de las Mujeres.

Valorar **nuevos objetivos** susceptibles de ser desarrollados de acuerdo a las prioridades establecidas en salud de las mujeres, en los marcos y estrategias europeas, estatales y regionales, como son: enfermedades crónicas, enfermedades raras, discapacidades, y diversidad cultural.

5.6 LÍNEA 6 | RESULTADOS DE ANÁLISIS DE DISCURSO

A continuación se presentan los resultados del análisis sociológico centrado en visualizar el "cambio social" que el PASM está introduciendo en el marco de las Políticas Públicas tanto de salud como de género. La idea es hacer visible esos cambios, pero también las tensiones que se han ido produciendo en relación a la nueva política, sistematizando así una nueva visión sobre la información generada por los actores entrevistados.

Para este análisis se ha utilizado el método de Análisis de Discurso (AD), que aunque es una etiqueta que hace referencia a diferentes prácticas y procedimientos con raíces y fundamentos teóricos muy diferentes, enfatiza los aspectos más interpretativos y simbólicos del lenguaje (Iñiguez L, Antaki C, 2002) (Hodges D, Kuper A, Reeves S, 2008).

Así pues el Plan ha actuado como un **motor de cambio social** en el Sistema de Salud generando los siguientes procesos:

1. A nivel **cultural** ha introducido nuevos esquemas de interpretación tal como ha podido verse en el tema de la violencia de género, de la defensa del parto fisiológico versus el parto medicalizado, etc.
2. A nivel de **integración social** se han establecido nuevas normas (sociales e institucionales) que han generado ajustes entre las expectativas mutuas de los diferentes agentes, y que han promovido nuevos sistemas de coordinación de las acciones. Por ejemplo se han creado nuevos protocolos, se han incorporado nuevas acciones en la cartera de servicios, otros niveles de coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Especializada, etc.
3. A nivel de **socialización** en el sistema de salud, se están internalizando nuevos valores a través de la generación de nuevos procesos de aprendizaje, perfilando por tanto nuevos ámbitos de competencia, así como la introducción de nuevas prácticas.

En este sentido el AD propone hacer visibles los **cambios culturales** que se han producido, mostrar también las nuevas **normas asumidas** (integración social) y las **necesidades formativas** (socialización) planteadas para asegurar la institucionalización del cambio de la política promovida por el Plan. También con este análisis se pretenden hacer visibles las tensiones que todavía deben solucionarse para que se asuman las propuestas de Plan, y por tanto se van a proponer algunas recomendaciones en ese sentido.

5.6.1 CAMBIOS CULTURALES: CONSENSOS Y TENSIONES

1. Se asume formalmente por la Consejería de Sanidad y por la sociedad civil el **marco normativo propuesto desde un supranivel estatal y europeo** respecto a las políticas contra las desigualdades de género: *“También ha habido un momento político en España que se ha comenzado a hablar mucho de desigualdades de género en salud (...) entra en la agenda y es pertinente y relevante y nosotros le hemos dado un empujón”, aunque se hace patente que en algunos casos no son priorizadas ni interiorizadas* por algunos agentes de cambio en nuestro contexto.

No existe acuerdo respecto al modelo de reducción de desigualdades de género idóneo a aplicar: *“Para que el sistema sea más equitativo tenía que identificar desigualdades, de clase social, de género, de etnia... además el Plan no debía tener un carácter eminentemente reproductivo”,* visualizándose por tanto **tensiones entre diferentes modelos conceptuales** del abordaje de las desigualdades de género en salud (sobre todo en la línea 4): *“los cursos de violencia deberían rehuir de planteamientos excesivamente confrontadores asociados a la lucha de sexos”.*

2. Se asume la **participación como un nuevo valor**. Mientras algunos sectores muestran satisfacción por su inclusión en la elaboración del Plan: *“...pertenece al Consejo de la Mujer... allí vimos el Plan, hicimos sugerencias también como asociaciones (...) y todo lo que se ha sugerido ha sido tomado en cuenta”,* hay igualmente un sentir de que todavía se ha de consolidar como práctica habitual: *“... es un Plan que se ha hecho desde arriba y ésta no es la forma de hacerlo, de cambiar cosas”:* Este deseo de participación pone de relieve **la falta de práctica participativa:** *“Eso decimos que no se nos llame cuando ya está hecho, que se nos llame cuando se va a hacer, que no se nos llame para decir estupendo, magnífico... pues no, y que no siempre estén los mismos (...) bueno pues que nos soporten más...”*, y cuestiona la **“representatividad”,** ya que se percibe que los profesionales y agentes que participan no cumplen muchas veces con el rol otorgado. Hay que señalar así mismo que **los procesos de inclusión de las usuarias están todavía poco desarrollados** y se basan en encuestas estandarizadas que no recogen todas las sugerencias de las mujeres. En este sentido se ha comentado que la LOSCAN³⁶ incluye la creación de un Consejo de Salud de Cantabria que aun no se ha llevado a cabo.

³⁶ La Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002, en su Título III de Los Ciudadanos en el Sistema Autonómico de Salud, recoge que “La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario Público de Cantabria”, contemplando en su Artículo 52 la formación de un Consejo de Salud de Cantabria.

5.6.2 NUEVAS NORMAS ASUMIDAS: LEGITIMACIONES Y TENSIONES

Es importante señalar en este apartado que la práctica de los profesionales se sostiene gracias al cumplimiento de diferentes tipos de normas, que establecen nuevas legitimaciones en los espacios institucionales. Éstas se pueden clasificar como **normas** de: a) **rol**: expectativas mutuas entre los diferentes agentes; b) **funciones**: en cuanto a tomar decisiones en situaciones concretas; c) **vigilancia**: como transmisores de reglas y cuidado de que éstas se cumplan; d) **relación**: hay cosas que no se pueden hacer y otras sí, respecto a los pacientes; e) **formalización** de la práctica profesional: se han de seguir unas pautas, unos procedimientos y protocolos; f) **autoridad y poder**: se ha de estar dispuesto a asumir ciertas obligaciones.

La incorporación de las nuevas normas que van por tanto a sostener los cambios introducidos por el PASM pueden resumirse en los siguientes puntos:

A. Se asume la coordinación internivel (Primaria, Especializada y Servicios Sociales) e **intranivel** (el propio equipo de AP) como una cuestión indiscutible de mejora en las políticas de género: *"Se ha salvado el absurdo circuito en el que el médico de AP manda a la paciente al ginecólogo, éste pide la prueba, nosotros la mandamos al ginecólogo y éste otra vez a la AP, cuando no es necesario porque la mayoría de mujeres no tienen una patología relevante"*; **pero existen aspectos normativos (barreras burocráticas) y materialidades que no facilitan los procesos de cambio** en este sentido. Las razones planteadas son la **fragmentación del sistema**, las **dinámicas rutinizadas** en el trabajo que no favorecen el trabajo en equipo y el **corporativismo profesional**: *"A mí el médico de cabecera me mandaba al centro x y me decía que allí me darían la cartilla amarilla esa y allí me decían que me la tenía que dar el médico de cabecera...y así me pasé el embarazo de un lado para otro"*.

Así pues, a pesar de que existe la percepción de que **hay experiencias positivas de coordinación**, aunque no estén sistematizadas (salud mental, asociaciones, recursos de la comunidad), esta cuestión sitúa la valoración positiva en el ámbito del "perspectivismo" (buena voluntad de los profesionales) y no en el ámbito de una política y por tanto de una nueva forma de ejercer la profesionalidad: *"Funcionamos como compartimentos estancos (...) la enfermera la deriva a la trabajadora social, que ya no te enteras de lo que le dice a la señora (...) otros la derivan al médico, que hace su tratamiento que a lo mejor ni lo necesita, que igual le venían bien algunas pautas o algunas técnicas, que no el somnífero para que duerma bien..."*.

A nivel intersectorial, también **se ha avanzado mucho en la visualización de los agentes implicados** en las intervenciones del Plan, sobre todo aquellas que se refieren a la línea de violencia de género, (servicios sociales, judiciales, sanitarios, familias, etc.):

“Hay una buena coordinación entre la Dirección General de la Mujer de la cual dependen diversos servicios (casa de acogida, pisos tutelados, Centro de atención integral) con los servicios especializados de salud mental”. Pero todavía hay visiones divergentes respecto a la manera de llevar a cabo una acción integral contra la violencia de género: “Los profesionales deberían dar los informes de salud, asistir a los juicios, ser claros en la información, etc”. y también las hay respecto a la interpretación de normas que implican a diferentes servicios: “Los jueces mandan hacer terapias, que no existen en las unidades de salud mental, a maltratadores, de acuerdo con un modelo que se cuestiona desde los profesionales, las terapias eximidoras de penas”.

B. La introducción de las actividades del Plan en la Cartera de Servicios y la introducción de protocolos ha supuesto su consolidación.

“Una cosa que nos parece que la consolida es que esté en la cartera de servicios, para que esté en el cupo”. Sin embargo existen contradicciones respecto a la bondad de esta acción en la misma lógica que otras actividades: “El protocolo de Violencia de Género se ha planteado desde las gerencias en los mismos términos en los que se plantea a veces algo así como el indicador de calidad de prescripción, y eso no puede ser percibido así, es decir...voy a captar el porcentaje que me piden para cumplir una cantidad de servicios y que me lo cuenten en los incentivos, y eso yo creo que ha sido negativo...”. Existen igualmente tensiones respecto a la forma en que se han introducido los protocolos, ya que los relacionados a la violencia de género han supuesto un cambio cultural importante (sistema de creencias)³⁷ sin dar tiempo para incorporarlo como una nueva competencia profesional, ni para conseguir la motivación adecuada de todos los profesionales. Los cambios derivados de esta nueva norma en ocasiones han provocado alteraciones en las relaciones esperadas en los espacios de interacción de la consulta generado muchas preguntas sin respuesta: “El cúmulo de sentimientos que afloran, empieza a sufrir, empieza a recordar una serie de vivencias que yo en este sentido no me siento cualificado, ni con la habilidad suficiente para manejar la situación”.

³⁷ Con eso queremos decir que las personas y los grupos (profesionales, asociaciones, usuarias), a partir de las preguntas de evaluación, han puesto de manifiesto lo que consideran que es “adecuado” pensar respecto al objeto de la evaluación, también han hablado de las “normas” que hay que seguir en las interacciones en los servicios de salud (expectativas mutuas sobre quién ha de hacer qué y de qué manera), y con ello también han asumido su pertenencia a determinados grupos (el de matronas, especialistas en salud mental, gestores, etc.). En definitiva los participantes nos han hablado de sus creencias y eso nos ha ayudado a visualizar los límites entre la tradición (aquellas creencias compartidas en un momento determinado) y los cambios asumibles que introduce la nueva política.

5.6.3 LA SOCIALIZACIÓN EN LAS INSTITUCIONES A TRAVÉS DE NUEVOS PROCESOS DE APRENDIZAJE

La **socialización secundaria** se refiere a los procesos por los cuales los profesionales interiorizan el sistema de normas y valores de instituciones específicas, aprenden el funcionamiento de unas reglas y las aplican a situaciones concretas. Una parte esencial de este proceso de socialización es el proceso formativo a través del que se descubre y asimila una nueva información y se introducen nuevas rutinas, llamado "afiliación". Los cambios que se introducen en el Plan deben conseguir tanto la **afiliación** intelectual (códigos del trabajo intelectual) como la afiliación institucional (códigos aceptados por los profesionales de la salud).

Teniendo en cuenta que el proceso de afiliación se consigue con el tiempo, se destacan tres fases en el mismo: el periodo de iniciación, el periodo de aprendizaje y finalmente el de naturalización de las prácticas. El Plan ha introducido nuevas prácticas que necesitan un tiempo para interiorizarse, es decir necesitan iniciarse, aprenderse e incorporarse a la práctica habitual. Así que en este apartado vamos a descubrir lo que llamaremos "**marcadores de afiliación**" para comprobar **en qué medida se están produciendo los cambios hacia la incorporación a la práctica de una información interiorizada, y las tensiones que esos cambios se están generando.**

A. Se reconocen los límites de un modelo biomédico que no permite un abordaje de los aspectos psicológicos y sociales de las usuarias de los servicios de salud: *"Un médico que tiene un paciente delante intenta buscar la causas...cuando averigua que la causa es psicosocial se encuentra con escasez de recursos para abordarlo...generalmente deriva [...] lo que hace el médico es tratar esos síntomas, medicalizar el problema".* La enseñanza en las ciencias de la salud, sobre todo en los estudios de medicina, está todavía lejos de introducir una formación y de generar procesos de socialización donde se valore un abordaje bio-psico-social de los problemas de salud: *"Faltan modelos, hay que introducir nuevos modelos...necesitamos una nueva formación en el pregrado en medicina, otros elementos desde la bioética, una visión mucho más integral, mucho más bio-psico-social empujará a hacer otra medicina..."*.

B. Surgen conflictos con el nuevo uso del lenguaje y las nuevas conceptualizaciones que sustentan el modelo que propone el Plan. En concreto, en relación al parto, algunos agentes entrevistados matizan términos, cambiándolos por otros más ajustados: *"Y además es que hay términos que se llevan mal entre ellos, natural y hospital son dos términos que se pelean ya de entrada simplemente porque una mujer que viene de parto en el momento en el que entra en un hospital, por poco, viene a un hospital porque quiere una seguridad quiere obtener un buen resultado (...) ya no puedes decir que es un parto natural, será un parto normal o de mínima intervención en un hospital".* Eso in-

dica que es un buen momento para dar contenido a los nuevos conceptos a partir de un debate sustantivo y pragmático (buscando nuevos consensos) y que estos conceptos se integren ya al acervo profesional.

- C. Igualmente, en relación al parto, **se da una presencia de argumentos justificativos de la nueva posición que propone el Plan en términos socio-históricos:** *“El parto empezó con una monitorización individualizada a finales de los 70 con gestantes de riesgo, y era individual, no generalizada, el resto se vigilaba de forma discontinua. En los años 80 a nivel nacional se hizo mucho hincapié en la monitorización continua y universal y así íbamos a ver cuando aparecía un problema hipóxico e íbamos a evitar el daño cerebral. Y después a finales de los 80 y 90 se implementó la epidural, no solo como método analgésico, que es bueno, sino como método de gestión, era un ítem que había que cumplir en el contrato de gestión. Con lo cual inmovilizas a la mujer e impone que le hagas monitorización (...) y no nos hemos parado a pensar que la mujer quería tener una vivencia del parto, y participar...Y realmente las mujeres lo piden y tenemos que estar con ellas”.*

Estos argumentos indican la idoneidad y pertinencia del cambio que se propone, tal y como son entendidos por los diferentes agentes: *“No hacíamos un parto de una determinada manera (los profesionales) porque fuera más cómodo, sino porque lo habíamos aprendido de una determinada manera y esta manera te condicionaba a hacer ciertas cosas, es una herencia del siglo XX, del miedo al riesgo de un parto alargado, a una alteración física o psíquica, etc. Los cambios se han hecho aunque sea difícil adaptarse”.*

En esta línea sería importante además que desde posiciones institucionales **no se fomentaran las posiciones maniqueas** (existencia de buenos y malos profesionales) ya que puede ser una fuente de conflictos y fricciones.

- D. **Se propone la aplicabilidad de los mismos principios que defiende el PASM en cuanto al parto natural, a otras actuaciones del Plan y de fuera del mismo** (por ejemplo la desmedicalización, el parto fisiológico, etc.). Esa extensión y transferibilidad del modelo indica también su aceptación por los profesionales: *“Con el climaterio se debe hacer una única cosa, desmedicalizar (...) Nadie les explica los hábitos saludables que tienen que hacer, los hábitos de alimentación”. “Hay que mejorar las salas y los diferentes espacios para hacerlos más acogedores, humanizarlas...(servicio de Oncología)”.*

En este sentido, hay que evitar las tensiones que se generan por la defensa de posiciones fundamentalistas que son excluyentes: *“Yo conozco casos que no querían lactancia y se lo han metido por narices y han salido de ahí con la lactancia materna, sin biberón, el niño berreando y han salido de ahí y le han dado el biberón claro...son casos puntuales”.*

5.6.4 RECOMENDACIONES DE CAMBIO

1. **Realizar un debate político (a nivel de planificación) relativo al contenido sustantivo y operativo de las políticas de género y salud**, con la intención de que éstas sean asumidas por parte de todos los agentes de cambio (nivel de planificación y gestión), así como adaptar y **hacer inteligibles los principios normativos ligados a las políticas de igualdad**. Tampoco hay que olvidar que los ejes del debate también deben plantearse desde el análisis de las relaciones de poder presentes en un plano más ideológico, que puede poner en marcha estrategias globales y en ocasiones contrapuestas que se dan en diferentes espacios de las políticas públicas.
2. **Promover la puesta en marcha de procesos participativos** que favorezcan realmente el nivel de descentralización de las decisiones, lo que implicaría aumentar la capacidad e información de los profesionales y asociaciones para mantener el complejo sistema de adopción de decisiones públicas. También sería importante delimitar los roles de los diferentes actores implicados en los procesos participativos, y para ello sería conveniente establecer criterios de transparencia en la contratación de servicios externos (y así evitar la posibilidad de que se den relaciones clientelares) y no superponer la relación contractual al papel de "agente de cambio" que deben ejercer las Asociaciones (que prestando un servicio a la Administración pueden dejar de ejercer su labor de demanda de derechos y mejoras a las instituciones públicas).
3. Para **mejorar los procesos de coordinación** sería conveniente:
 - a) **dirigir la acción política hacia la "transversalidad" e "integralidad" de las políticas de género**, y hacerlo desde niveles políticos con competencia para asegurar su cumplimiento; y b) establecer un diálogo entre las instituciones implicadas en las acciones, teniendo en cuenta órdenes jerárquicos similares (las terapias para la reducción de penas dictadas por los jueces no pueden negarse desde los estamentos profesionales).
4. **Promover el cambio a través del fomento de espacios de intercambio donde puedan darse afinidades puntuales entre profesionales y usuarias, gestores y profesionales, asociaciones e instituciones, a partir de relaciones de comunicación cotidiana**. Esta estrategia es de gran importancia, ya que por muy interesante que sea una propuesta, si no hay alguien que la respalde, o solo lo hacen personas aisladas, no se materializará. Así pues las contradicciones/paradojas que se generen en esos espacios de intercambio, lejos de ser una fuente de conflictos, pueden llegar a ser un caldo de cultivo para que aparezcan nuevas solidaridades a partir de un tema determinado. En este sentido, será interesante ver como el Plan ha generado nuevas relaciones que deberían potenciarse, como las mencionadas a continuación:

- Los grupos terapéuticos en el ámbito de la Violencia de Género, realizados en AP han favorecido el intercambio y la empatía entre mujeres que sufren una situación similar, reforzando lazos y promoviendo acciones más solidarias entre ellas. Estos pueden ser núcleos de futuro desarrollo.
- Se han creado espacios relacionales más simétricos entre profesionales y usuarias en cuanto al reconocimiento de problemas compartidos cultural y socialmente, asumiendo ambas nuevas formas de afrontamiento de los problemas de salud ligados a la violencia de género.
- Se reconocen lugares y personas que realizan buenas prácticas y por tanto comienza a haber profesionales de referencia que pueden multiplicar nuevas prácticas y conocimientos.
- Se visualizan nuevos profesionales que pueden aportar visiones susceptibles de incorporarse favoreciendo espacios de Interdisciplinariedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALONSO LE. Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas cualitativas. En Delgado JM y Gutiérrez J (Ed.) *Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis; 1994.
- APÓDACA PM. Evaluación de los resultados y del impacto. *Revista de Investigación Educativa* 1999; 17(2): 363-377.
- BALLAR X. *¿Cómo evaluar programas y servicios públicos? Aproximación sistemática y estudios de caso*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas, 1992.
- BAKER L, HERMAN JL. *Educational evaluation. Emergent needs for research*. Evaluation Comment, 1985.
- BUSTELO M. (2004). *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de género de los gobiernos central y autonómicos en España: 1995-1999*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Defendida con fecha 2001. En línea: <http://www.ucm.es/BUCEM/tesis/cps/ucm-t25225.pdf>
- BUSTELO M. *Diferencias entre evaluación e investigación: una distinción necesaria para la identidad de la evaluación de programas*. Revista Española de Desarrollo y Cooperación 1999; 4: 9-29.
- BUSTELO M, LOMBARDO E. *Políticas de Igualdad en España y en Europa*. Madrid: Ediciones Cátedra, Grupo Anaya; 2007.
- COHEN E, FRANCO R. *Evaluación de proyectos sociales*. México, Distrito Federal: Siglo XXI Editores, 1992.
- CONDE F. *Los grupos triangulares como espacios transicionales para la producción discursiva*. En Fernando Conde La vivienda en Huelva. Sevilla: Junta de Andalucía; 1996.
- CHEN HT, *Theory-Driven Evaluation: A Comprehensive Perspective*. Newbury Park. Sage ;1990
- CHELIMSKY. *The role of experience in formuliting theories of evaluation practice*. American Journal of Evaluation, 1998; 19 (1):35-55.
- CRONBACH L. *Toward reform of program evaluation*. San Francisco, Washington, London: Jossey-bass Publ., 1981
- DE MIGUEL DÍAZ M. *La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques técnicos*. Revista de Investigación Educativa 2000; 18 (2): 289-317.
- DEWEY J. *Studies in Logical Theory*. En Boydson, JO ANN, ed. JOHN DEWEY: *Essays in Logical Theory* 1902-1903. Carbondale, Southern Illinois: University Press; 1976.

- DEWEY J, Logic: The Theory of Inquiry. En Boydson, Jo Ann, ed. John Dewey: The Later Works, 1925-1953. Carbondale, Southern Illinois University Press: 1991 (publicado originalmente en 1938).
- ESCUDERO T. *Desde los test hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación.* Relieve [revista en Internet]. 2003 [consulta el 20 julio 2008]; 20(1):11-43. Disponible en: http://www.uv.es/RELIEVE/v9n1_1htm
- Evaluación del “Programa socio-sanitario para la atención de las personas mayores de Vallecas”; Comunidad de Madrid; 2006.
- GARAY A, IÑIGUEZ L, MARTÍNEZ M, MUÑOZ J, PALLARÈS Y VÁZQUEZ F. *Evaluación cualitativa del sistema de recogida de sangre en Cataluña.* Rev Esp Salud Pública; 76: 437-450 CE. 2002.
- GREEN BL, MCALLISTER C. *Theory-Based, Participatory Evaluation: A Powerful Tool for Evaluating Family Support Programs.* Bulletin of The National Center for Zero to April 24; 2002.
- GREENWOOD DJ. *De la observación a la investigación acción participativa. Una visión crítica de las prácticas antropológicas.* Revista de Antropología Social 2000; 9: 27-49.
- GRONLUND NE. *Measurement an evaluation in teaching.* New York: MacMillan, 1985.
- GUBA EG, LINCOLN YS. *Fourth generation evaluation.* Newbury Park, CA: Sage; 1989.
- GUBA EG, LINCOLN YS. *The Contenances of Fourth-Generation Evaluation: Description, Judgements and Negotiation.* Retracción. En: Palumbo DJ editors. *The Politics of Program Evaluation.* Beverly Hills: Sage; 1986.
- HODGES D, KUPER A, REEVES S. *Discourse Analysis* BMJ 2008; 337:a879.
- HORST, P ET. AL. *Program management and the federal evaluator.* Public Administration Review, 1974.
- IÑIGUEZ L, ANTAKI C. *Análisis del discurso.* En: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética.* Guadalajara, Jalisco, México: Universidad de Guadalajara; 2002.
- LIGERO, J.A. *Análisis y propuestas para intervenir con jóvenes en situación de exclusión.* Madrid: Literatura gris; 2006.
- LIGERO, J.A. *Propuesta de un nuevo criterio de evaluación de proyectos de ayuda al desarrollo, la cobertura.* Revista Española de Desarrollo y Cooperación, 8: 167-181; 2001.

- MAGALHAES BOSI, MERCADO FJ ORGANIZ. *Avaliação Qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Rio de Janeiro: Editora Vozes: 2006.
- MALAGÓN E, (CORD.) *Actualización del informe de Evaluación intermedia. Plan de desarrollo rural sostenible de La Comunidad Autónoma del País Vasco 2000-2006*. Grupo de Evaluación de Programas de Desarrollo Rural; Universidad II del País Vasco.
- NEBOT M. *Evaluación en Salud Pública ¿Todo vale?* Gac Sanit. 2007;21(2):95-6.
- NIREMBERG O., Brawerman J., Ruíz V. *Evaluar para transformar. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Ed. Paidós; 2000.
- PATTON MQ. *Utilization focuset evaluation*, Londres, Sage; 1997.
- PATTON MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA: Sage, 1990.
- PLA M, CODERN N. *Contribuições com base em uma avaliação alternativa de un programa de saúde na Catalunha*. Espanha. En Magalhaes Bosi, Mercado FJ organiz. *Avaliação Qualitativa de programas de saúde. Enfoques emergentes*. Rio de Janeiro: Editora Vozes: 2006.
- PLA M, CRESPO R, FARRÉ A, GONZÁLEZ I. *La inclusión social de personas con trastornos mentales severos mediante procesos de inserción laboral: Diseño de un modelo de evaluación integral a partir de un caso*. Informe científico del grupo CERQ (Fundación Doctor Robert - Universidad Autónoma de Barcelona). Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración. En prensa 2008.
- POPHAM WJ. *Evaluación basada en criterios*. Madrid: Magisterio Español S.A; 1983.
- PHILLIPS M.W., ED.C. (EDS.). *Evaluation and Education: A Quarter Century*. Chicago: University of Chicago Press; 1991.
- RUTMAN L, MOWBRAY G. *Understanding program evaluation*. Beverly Hills, Ca: Sage; 1983.
- RUTMAN L (ED.) *Planning Useful Evaluations: Evaluability Assesment*. Newbury Park, California: Sage; 1980.
- SÁNCHEZ-CANDAMIO, M; PLA M, ALBERTIN P, RODRÍGUEZ, M. *La formación del personal médico residente (MIR): evaluación de su proceso de aculturación en el sistema sanitario y su impacto en el desarrollo de las competencias profesionales. Catalunya.1998-2000*. Monografies (nº6). Instituto de Estudios de la Salud (Departamento de Sanidad. Generalitat de Catalunya) y del Servei Català de la Salut (Departamento de Sanidad. Generalitat de Catalunya). 2001.

- SANTOS GUERRA MA. *Sentido y finalidad de la evaluación en la Universidad*. Rev. Perspectiva Educacional, Instituto de Educación UCV, 2001; 37-38: 9-33.
- SCRIVEN, M. *Beyond Formative and Summative Evaluation*. En G. W. McLaughlin y D. C. Phillips (Eds.) *Evaluation and Education: At Quarter Century*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 19-64. 1991.
- SPRINGETT J, YOUNG A. *Comparing Theories of Change and participatory approaches to the evaluation of projects within Health Action Zones: Two views from the North West on engaging community level projects in evaluation*. Retractación en Bauld L, Judge K. *Learning from Health Action Zones*. Chichester U.K: Aeneas Press; 2002.
- SPRINGETT J. *Appropriate approaches to the evaluation of health Promotion* Rev. Critical Public Health, Vol. 11, No. 2, 2001
- VEDUNG E. *Evaluación de Políticas Públicas y Programas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1997.
- VILLASANTE T. *Cuatro redes para mejor-vivir Buenos Aires: Lumen-Humanitas*, cop. 1998; 31.
- VÉLEZ C. *El Cambio de Paradigma en evaluación de políticas públicas: el caso de la cooperación al desarrollo*. Nuevas Políticas Públicas. Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas, 2006.
- VERLOO, M. *Mainstreaming Gender Equality in Europe. A Frame Analysis Approach*, The Greek Review of Social Research, 2006; 6.
- WEISS CH. *Evaluation Research*. New Jersey: Prentice-Hall. Englewood Cliffs; 1998. [Hay traducción castellana en Trillas, México (1992)].
- WEISS, C. *Nothing as practical as good theory: Exploring theory-based evaluation for comprehensive community based initiatives for children and families*. In Connell J, Kubisch L, Schorr B & Weiss C (Eds.), *New approaches to evaluating community initiatives: Concepts, methods, and contexts*. Washington, DC: The Aspen Institute; 1995.
- WEISS C. *The politics of impact measurement*. *Policy Studies Journal*; 1973. Weiss, C. (1991). *Investigación evaluativa: métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. Trillas. México.
- WHOLEY JS, *EVALUABILITY ASSESSMENT*. En Rutman L (Ed) *Evaluation Research Methods: A basic guide*. Londres; 1977
- ZÚÑIGA R. *La evaluación en la acción social*. Montreal: Québec, Canadá: Autonomías y solidaridades, 2003.



ANEXO 1:
**LÍNEAS DE ACTUACIÓN
DEL PASM 2004-2007**

7

**7. ANEXO 1:
PASM 2004-2007****LÍNEA 1: VISUALIZAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LAS MUJERES MEDIANTE LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ACCIONES RELACIONADAS CON LA SALUD****Objetivo General**

- Reducir las desigualdades en salud entre hombres y mujeres mediante el análisis de diferencias de género.

Objetivos Específicos

- Al menos el 70% de los sistemas de información y registros sanitarios tendrán la variable sexo.
- Al menos el 70% de los programas y protocolos puestos en marcha desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales tendrán incorporada la perspectiva de género.

Estrategias

- Introducir la perspectiva de género en los sistemas de información y registro sanitarios.
- Identificar los problemas de género más relevantes en cada programa de salud.
- Diseñar propuestas para incorporar la perspectiva de género en protocolos, programas e intervenciones en salud.
- Promover la equidad en el acceso e igual atención (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- Introducir la perspectiva de género en los procesos de formación continuada de los y las profesionales de la salud.
- Potenciar la investigación relacionadas con determinantes y factores diferenciales de la salud de las mujeres.

Criterios de Evaluación e Indicadores

- Grado de incorporación de la perspectiva de género en los procesos asistenciales.
- Programas o Protocolos de actuación relacionados con la salud de las mujeres que incorporan la perspectiva de género.
- Numero de registros sanitarios que presentan variables desagregadas por sexo.

LÍNEA 2: MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA

Objetivos Generales

- Fomentar el disfrute de la sexualidad libre y responsable.
- Prevenir el embarazo no deseado.
- Aumentar el nivel de salud de las mujeres gestantes y puérperas y de sus hijos e hijas.

Objetivos Específicos

- Mantener las tasas decrecientes de embarazo en adolescentes y de IVEs.
- Ofertar consulta preconcepcional al menos al 80% de las mujeres que planifiquen su embarazo.
- Mantener los indicadores de atención al parto en los hospitales públicos en los criterios actuales de la evidencia científica:
 - Proporción de partos con cesárea (excluidas las presentaciones podálicas): <18%
 - Proporción de partos con anestesia epidural en mujeres que la desean y no presentan contraindicaciones: >90%
 - Proporción de episiotomías entre los partos no instrumentalizados: <55%
 - Proporción de partos con enema /rasurado: <5%
 - Separación madre-hijo: <10%
 - Porcentaje de acompañamiento en el parto: > 90%
- Aumentar a más de un 60% el porcentaje de mujeres que mantienen la lactancia materna a los 3 meses del parto.
- Mantener las tasas decrecientes de mortalidad perinatal y materna.

Estrategias

- Desarrollar programas de información y accesibilidad a los diferentes métodos anticonceptivos de la población en edad fértil, con especial atención a los grupos de mayor riesgo (adolescentes, inmigrantes, discapacitados/as, etc.).
- Promover en el ámbito educativo programas que favorezcan las relaciones afectivo-sexuales autónomas y responsables entre la población adolescente.

- Garantizar la información y dispensación gratuita de la Anticoncepción Postcoital en toda la red sanitaria.
- Promover la salud de la mujer embarazada y de su futura descendencia, mediante realización de la Consulta Preconcepcional.
- Reevaluar la Vigilancia Prenatal en la Comunidad, tanto a nivel de protocolos como de estructura asistencial.
- Potenciar sistemas de información que permitan la transferencia de la información entre todos los niveles asistenciales implicados en el proceso de atención al embarazo y parto ("Documento de Salud del Embarazo").
- Colaboración en la implantación del "Plan de Humanización de la Atención al Parto y Nacimiento", en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza (OMS).
- Facilitar la adopción en los hospitales públicos de nuestra Comunidad que atienden partos, de los "Diez pasos para una Lactancia Feliz", garantizando en todo momento el respeto a las mujeres que deciden no amamantar.
- Elaborar documentación divulgativa (folletos, libros, soportes audiovisual, etc.) sobre aspectos de salud reproductiva para su distribución tanto a los centros y profesionales sanitarios, como a las mujeres y sus parejas.

Criterios de Evaluación e Indicadores

- Número de actuaciones de información y educación realizadas en materia de salud reproductiva.

Grado de implantación de la Consulta Preconcepcional

- Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma que atienden partos en los que exista un Plan o Vía Clínica en el que se recoja la atención al parto y nacimiento siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza.
- Hospitales públicos de nuestra Comunidad Autónoma que atienden partos que cumplan los "Diez pasos para una Lactancia Feliz".

LÍNEA 3: REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

Objetivos Generales

- Disminuir la mortalidad por cáncer de mama.
- Aumentar la supervivencia y mejorar la calidad de vida a las mujeres con cáncer de mama.

Objetivos Específicos

- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama en Cantabria (< 20 casos por 100.000 mujeres).
- Mantener los indicadores del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama (PDPCM) dentro de las recomendaciones de las Guías Europeas de garantía de calidad en cribado mamográfico.

Estrategias

- Potenciar el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Cantabria.
- Promover un Plan Integral (Proceso asistencial integrado) de atención al cáncer de mama en Cantabria, en el que se garantice tanto la detección, tratamiento y rehabilitación integral de las mujeres que sufren esta enfermedad.

Criterios de Evaluación e Indicadores

- Tasa de Mortalidad por cáncer de mama.
- Índice de participación del PDPCM.
- Tasa de detección de cáncer de mama del PDPCM.
- Porcentaje de cáncer ductal in situ detectados del PDPCM.
- Porcentaje de cánceres invasivos detectados de ≤ 10 mm de tamaño del PDPCM.
- Porcentaje de cánceres detectados sin afectación ganglionar del PDPCM.
- Existencia en el PDPCM de Protocolos de Garantía de calidad en cribado mamográfico.
- Grado de desarrollo de un Plan Integral para la atención al cáncer de mama en Cantabria.

LÍNEA 4: REDUCIR LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES DEBIDOS LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Objetivo General

- Disminuir los riesgos que para la salud de las mujeres supone la violencia de género, mediante una detección precoz e intervención desde los servicios sanitarios.

Objetivo Específico

- Al menos el 60% de los casos de mujeres maltratadas serán detectados desde sanitarios.

Estrategias

- Elaborar un protocolo que contemple pautas uniformes actuación sanitaria, tanto en el ámbito público como privado, así como los procedimientos de coordinación de las distintas instancias que intervienen de manera específica en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género, de acuerdo a lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1/2004 Ley Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas.
- Adecuar las condiciones estructurales y organizativas de los centros y servicios, que facilite el acceso de las mujeres afectadas a los dispositivos sanitarios más cercanos a la población.
- Implantar un sistema de registro de casos de violencia de género en los servicios sanitarios que permita dimensionar el problema.
- Ofrecer información colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria en el centro y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Programa de sensibilización y formación del personal sanitario para mejorar el abordaje de la violencia de género.
- Incluir en los currículos de pregrado y en los programas postgrado del personal sanitario en formación, la enseñanza de la violencia de género como problema de salud.
- Promover e incluir en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de educación maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres, así como la difusión de los recursos de apoyo.
- Colaborar con asociaciones de mujeres expertas en violencia de género a través de talleres, jornadas y charlas sobre la violencia, transmitiendo su impacto en la vida y la salud y las formas de prevenirlo, divulgando el papel de los profesionales sanitarios.
- Proponer o participar en acciones, campañas, jornadas sobre la violencia o colaborar con las que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Criterios de Evaluación e Indicadores

- Grado de aplicación del Protocolo de actuación.
- Actividades de formación realizadas.
- Número y evolución de los casos registrados desde los servicios sanitarios.

LÍNEA 5: MEJORAR LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE LOS ENTORNOS SOCIALES MEDIANTE EL FOMENTO DE HáBITOS DE VIDA SALUDABLES

Objetivo General 1

- Disminuir los riesgos para la salud de las mujeres derivados de la discriminación laboral y división sexual del trabajo.

Estrategias

- Sensibilizar a los Servicios de prevención para que tengan en cuenta la incidencia diferencial de los factores de riesgo de cada puesto de trabajo en mujeres y hombres.
- Implicar a la Comisión Cántabra de Seguridad y Salud en el Trabajo para desarrollar estudios y programas específicos de prevención y protección de la mujer trabajadora bajo la perspectiva de género.
- Sensibilizar tanto al personal sanitario como a la población en general sobre los riesgos físicos, psíquicos y sociales del trabajo doméstico y de la “doble jornada”.
- Investigar sobre los riesgos de accidente y enfermedad derivados de la realización de los trabajos domésticos.
- Elaboración y distribución entre los centros sanitarios de material divulgativo dirigido a aumentar la sensibilidad social para equiparar los roles y responsabilidades sociales entre ambos sexos (cuidados de los mayores, crianza de los hijos/as, etc.).
- Facilitar acuerdos que permitan la conciliación de la vida familiar y laboral en el ámbito sanitario: flexibilidad horaria, permisos parentales, etc.
- Reducir el rol de cuidadoras, mediante el establecimiento de programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas y falta de autonomía.
- Criterios de Evaluación e Indicadores.
- Número de actuaciones de información y educación realizadas.
- Número de actuaciones realizadas para facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral.
- Número de mujeres que se han beneficiado de programas de ayuda para facilitar la conciliación (...).

Objetivo General 2

- Promover la salud mental de las mujeres.

Estrategias

- Desarrollar acciones dirigidas a promover la salud mental, a prevenir la dependencia de psicofármacos, a fomentar los hábitos saludables de sueño y a controlar el estrés.
- Impulsar estrategias para la prevención y detección de los trastornos de la alimentación en las adolescentes.
- Diseñar intervenciones con los medios de comunicación para modificar los estereotipos y actitudes frente a la delgadez y el consumo de alcohol y tabaco.
- Realización de cursos o jornadas dirigidos a identificar los condicionantes de género que inciden sobre la salud mental de las mujeres.
- Potenciar la investigación sobre la salud mental de las mujeres de Cantabria.
- Criterios de Evaluación e Indicadores.
- Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria y su distribución según el género.
- Prevalencia de problemas de ansiedad y depresión y su distribución según el género.

Objetivo General 3

- Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres en la etapa de la madurez.

Estrategias

- Programas de información y educación sobre hábitos y estilos de vida saludables (ejercicio físico adecuado, abandono del hábito tabáquico, alimentación equilibrada, alimentación equilibrada, consumo de calcio, vida cotidiana, etc.) dirigidos a prevenir problemas de salud específicos de esta etapa (cardiovasculares, osteoporosis, etc.).
- Informar a las mujeres y a los/as profesionales sobre la eficacia, ventajas e inconvenientes de las medidas preventivas y tratamientos que se utilizan en la menopausia, con el fin de adecuar el uso de las terapias hormonales a las recomendaciones actuales, evitando la sobremedicalización de un proceso natural fisiológico.
- Desarrollo de una Guía de actuación frente a las patologías o disfunciones del Suelo Pélvico, dirigida a mejorar la calidad de vida de las mujeres.
- Colaboración con instituciones y asociaciones comunitarias a través de jornadas, charlas, etc. dirigidos a fomentar la autonomía y revalorizar la imagen y la sexualidad de la mujer madura.
- Desarrollar programas especiales de atención sociosanitaria a las mujeres mayores solas con enfermedades crónicas o discapacidad, asegurando su permanencia en el entorno elegido.

- Potenciar la investigación sobre la calidad de vida y la salud percibida por las mujeres de Cantabria de más de 45-50 años.

Criterios de Evaluación e Indicadores

- Actuaciones de información y educación realizadas.
- Proporción de mujeres que han participado en programas de información y educación sobre vida saludable.
- Grado de autonomía para las actividades de la vida diaria en mujeres mayores de 65 años.
- Esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años.
- Percepción de salud en mujeres mayores de 50 años.



ANEXO 2:

GUIONES DE LAS

ENTREVISTAS Y GRUPOS

8

8. ANEXO 2: GUIONES DE LAS ENTREVISTAS Y GRUPOS

PRIMERA FASE: GUIÓN ENTREVISTA INFORMANTES CLAVE

A continuación se presentan las líneas generales sobre las que se construyeron y adaptaron los guiones de las entrevistas realizadas en la primera fase de la evaluación. El objetivo de esas primeras entrevistas era el de reconocer el contexto, identificar necesidades informativas (¿Qué preguntas queremos responder con la evaluación?) y hacer emerger una primera impresión de las valoraciones que los participantes tenían en relación a distintos aspectos del PASM.

1) **Motivos** para la realización del PASM o de una determinada línea.

- ¿Qué debería haber detrás de una decisión como ésta?
- ¿Cuál es el diagnóstico situacional que promueve la idoneidad de realizar el Plan/ la línea X?

- Ejes a explorar:

- Decisiones políticas, sociales.
- Decisiones de reducción de las desigualdades.
- Perspectivas diferentes entre las personas.

- Explorar conceptos de equidad, desigualdades (ideológicas, teóricas, políticas, etc.).

- Factores clave y apoyos que influyeron (consensos).
- Resistencias (disensos).

2) **Necesidades** de realizar el Plan (¿De quién? ¿De todos los agentes?) o de incluir una determinada línea en el mismo.

- Necesidades sentidas, expresadas.
- ¿Cómo crees que se determinan?

3) **Continuidad** del PASM o de una línea.

- ¿Si tuvieras que hacer sostenible la continuidad del Plan qué estrategias y recursos utilizarías? (¿Es posible que éste desapareciera?).
- ¿En estos momentos quien o quienes lo sostienen?

4) Éxito del Plan o de la línea X.

- ¿Este Plan ha cumplido con los objetivos que se proponía?
- ¿Qué se ha conseguido?
- ¿Qué preguntas te interesa responder para saber si ha conseguido sus objetivos?

- Ejes a explorar:

- Integralidad.
- Ha reducido desigualdades de género: ¿cómo lo puedes saber?
- ¿Qué desigualdades? (derecho a elegir, etc.).
- Diferencias en la concordancia entre necesidades (¿quién y cómo se ha detectado?) - fines (disminución de las desigualdades) – objetivos (de cada línea de actuación) - resultados.

5) Evaluación del diseño.

- ¿Cómo se diseño? ¿Qué preguntas de haría para saber si el diseño del Plan/de la línea X estuvo bien? (¿porqué estas líneas?).

- Ejes a explorar:

- Diagnóstico.
- Coherencia.
- Realismo.
- Pertinencia.

6) Evaluación de los procesos.

- ¿Si quisieras saber cómo han ido los procesos qué preguntarías?

- Ejes a explorar:

- Cobertura.
- Accesibilidad.
- Transversalidad.
- Ejecución.

7) Evaluación de los resultados.

- ¿Cómo han sido?
- ¿Qué preguntarías para saberlo?
- ¿Qué cambios se han dado a partir del Plan/de trabajar la línea x?
¿Sobre qué?
- Ejes a explorar:
 - Resultados (corto plazo).
 - Efectos (medio plazo).
 - Impactos (largo plazo).

8) Evaluación del Plan general.

- ¿Qué cuestiones te preocupan respecto a la evaluación de este Plan?
- Ejes a explorar:
 - Preocupaciones.
 - Anticipaciones.
 - Miedos.
 - Tensiones (entre los distintos actores).
 - Recomendaciones: ¿por qué?
 - Expectativas respecto a la evaluación/compromisos.
 - Qué está en juego.

SEGUNDA FASE: GUIÓN ENTREVISTAS GRUPALES

A continuación se presentan las líneas generales alrededor de las cuales se estructuraron las conversaciones grupales en profundidad (entrevistas grupales y grupos triangulares) con los distintos agentes participantes en la evaluación, detallados en el apartado 3.2.4 del presente Informe Final de Evaluación.

Saludos y presentación de la persona moderadora y de la observadora:

1. Agradecimiento de asistencia.
2. Presentación de los nombres de las personas y vinculación institucional.
3. Explicación del papel del moderador y del observador durante la sesión.

Información general del tema a tratar y propósito/objetivos de la sesión:

"La presente sesión tiene como objetivo analizar la atención y la asistencia ofrecida que han recibido por parte del sistema sociosanitario. Esta discusión va a servir para evaluar el Plan de Salud para las Mujeres 2004-2007 que se elaboró por parte de la Dirección General de Salud Pública. Este Plan consta de cinco líneas.... (explicación del Plan)."

Presentación de los participantes (explicar la elección de las/los participantes).

Guión de la sesión:

Descripción general de la técnica: “Tenemos aproximadamente 2 horas, durante las cuales, discutiremos y compartiremos la experiencia y la valoración que tenemos de las líneas estratégicas y las acciones que se han desarrollado del Plan. En consecuencia todas las opiniones son válidas, no hay respuestas buenas o malas, ya que lo que nos interesa es conocer sus opiniones, aunque no todos estemos de acuerdo”.

Cuestiones Generales:

- **Turno de palabra (en caso de los grupos):** “Es importante que hablemos pero también que dejemos hablar a las demás. Así, si escuchamos a la otra persona, dejaremos espacios para que nos escuchen a nosotros, se trata de hacer una conversación entre todos”.
- Se pide **permiso para grabar** y firma del consentimiento informado: “Es importante recoger lo que dicen y como se dice de la manera más fidedigna posible, por eso solicitamos su permiso para grabar la sesión. La información que se de aquí es completamente confidencial, nadie va poder ser identificado, lo que nos interesan son las diferentes opiniones sobre el tema, sin personalizar quien dice qué. Por este motivo se tiene que firmar el consentimiento informado donde se les dice que la grabación se utilizará por motivos de investigación y donde se asegura la total confidencialidad”.
 - **Preguntas y dudas** de los/las participantes sobre lo comentado hasta ahora.

PREGUNTAS

- Línea 1:

- Necesidades de visibilizar y atender las desigualdades de género en salud. (¿De quién? ¿De todos los agentes? ¿A qué diagnóstico responde?).
- ¿Cómo se diseñó esta línea? ¿Qué servicios y profesionales intervinieron?
- Puntos críticos del Plan y de la incorporación de la perspectiva de género en salud (¿El contexto es el adecuado? ¿cómo se ha introducido?, etc.).
- ¿Cómo sabemos que vamos en la buena dirección? (satisfacción de las usuarias, indicadores de mejora de la salud, aportaciones del Plan).
- Impacto y resultados de esta línea.

- Línea 2:

- Necesidades de las mujeres en salud reproductiva (¿Qué quieren? ¿qué esperan de nosotros?). Diferencias por grupos de edad.
- ¿Qué profesionales intervienen? ¿Qué servicios cubren estas necesidades? ¿Qué papel juega cada actor?
- Puntos críticos de los servicios ofrecidos (oferta-demanda): coordinación, no cobertura o heterogeneidad entre centros, dilemas éticos o morales (con las IVEs por ej.), recursos, etc.
- ¿Cómo sabemos que vamos en la buena dirección? (satisfacción de las usuarias, indicadores de mejora de la salud, aportaciones del Plan).
- Impacto y resultados de esta línea.

Ejes a explorar de la Línea 2:

- Prevención de embarazos no deseados (¿tendencia?).
- Anticoncepción de emergencia: (forma de dispensación adecuada, protocolos, ¿información adecuada (¿cobertura?, ¿población?, ¿dilemas?).
- Consulta Joven (¿cobertura?, ¿motivos consulta?, ¿adecuación al contexto del servicio? ¿satisfacción de los diferentes agentes?).
- IVE's terapéuticas (¿cobertura?, ¿dilemas?).
- Promoción de la sexualidad positiva y segura: Prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Línea 3:

- Necesidades de las mujeres en la detección del cáncer de mama (¿Qué quieren?, ¿qué esperan de nosotros?).
- ¿Qué profesionales intervienen? ¿Qué servicios cubren estas necesidades? ¿Qué papel juega cada actor?
- Puntos críticos: cobertura, coordinación, etc.
- ¿Cómo sabemos que vamos en la buena dirección? (satisfacción de las usuarias, indicadores de mejora de la salud).
- Impacto y resultados de esta línea.

Ejes a explorar de la Línea 3:

- Diagnóstico precoz del cáncer de mama.

- Línea 4:

- Expectativas y necesidades de las usuarias ante las estrategias de detección de violencia de género.
- ¿Qué profesionales intervienen? ¿Sobre quién se interviene? ¿Podríamos tipificar diferentes "casos tipo" que nos permitan ver distintas puertas de entrada y distintos recorridos?

- ¿Cuál es el trabajo de los diferentes actores en este sentido? ¿Qué cambios ha habido a partir del Plan?
- Puntos críticos de los recorridos: coordinación, buenas prácticas en derivación, miedos, dilemas éticos, etc. ¿Recomendaciones de cambio?
- ¿Cómo sabemos que vamos en la buena dirección? (satisfacción de las usuarias, indicadores de mejora de la salud).
- Impacto y resultados de esta línea.

Ejes a explorar de la Línea 4:

- Servicios implicados y atención a la Violencia de género: coordinación, circuitos, utilización, derivación (¿pertinente?, ¿existente?, ¿qué requiere la demanda existente?, ¿interconsultas?).
- Protocolos: Diseño del protocolo de detección de violencia para Atención Primaria (¿coherencia con el contexto?, ¿adecuación?).
- Formación de profesionales.
- Atención a las personas que sufren violencia de género y/o están en situaciones de agresión sexual (¿Dificultades?, ¿aportaciones del Plan?).

- Línea 5:

- Necesidades de las mujeres en cuanto a hábitos saludables (¿Qué quieren?, ¿qué esperan de nosotros?). Diferencias por grupos de edad y otras situaciones (discapacitadas, etc.).
- ¿Qué profesionales intervienen? ¿Qué servicios cubren estas necesidades? ¿Qué papel juega cada actor?
- Puntos críticos: cobertura, coordinación, servicios, etc.
- ¿Cómo sabemos que vamos en la buena dirección?(satisfacción de las usuarias, indicadores de mejora de la salud).
- Impacto y resultados de esta línea.

Ejes a explorar de la Línea 5:

- Discriminación laboral y división sexual del trabajo.
- Salud mental (Trastornos de conductas alimentarias).
- Bienestar en la etapa de la madurez.

Cierre de la entrevista.

- Agradecimientos por la participación.
- Pregunta sobre disponibilidad para volver a contactar.
- Hoja de asistencia.
- Saludo final.



Observatorio de Salud Pública de Cantabria